

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

LÍNEA: SALUD PÚBLICA

## **TESIS**

# **PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA, 2013.**

**Presentado Por:**

Lic. Enf. Roxana Inés Araujo Chávez

**Asesora:**

Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz

Cajamarca – Perú

Octubre, 2014

**COPYRIGHT 2014 @ by  
ROXANA INÈS ARAUJO CHÀVEZ  
Todos los derechos reservados**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
ESCUELA DE POSGRADO



MAESTRÍA EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD

LÍNEA: SALUD PÚBLICA

**TESIS APROBADA:**

**PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA  
SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL  
REGIONAL DE CAJAMARCA, 2013**

Presentado por:

Lic. Enf. Roxana Inés Araujo Chávez

**Comité Científico:**

Dra. Diorga Nélica Medina Hoyos

Presidente del Comité Científico

Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva

Primer Miembro Titular

Dra. Ángela Raquel Huamán Vidaurre

Segundo Miembro Titular

Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vázquez

Miembro Accesorio

Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz

Asesora

Cajamarca - Perú

Octubre, 2014

**A:**

Mis amados padres: Wilson e Inés, que con su amor, paciencia, comprensión y apoyo incondicional han logrado hacer de mí una persona de bien

La luz de mi vida: Kairiel, que gracias a su existencia logré comprender la grandeza divina y el sentido real de la vida

Mis amados hermanos Gladys, Richard, James, Wilson y Analí, por sus infinitas muestras de apoyo y amor

“Lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos de él”

Florence Nigthingale

## **AGRADECIMIENTOS**

- A la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, por haberme albergado en sus aulas, con el fin de concluir con éxito los estudios de maestría.
- A la Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz, mi eterno y profundo agradecimiento, porque con su acertada orientación, paciencia, amistad y confianza, ha permitido mantener en mí la motivación y la esperanza para la culminación del presente estudio de investigación.
- A cada uno de los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Cajamarca y del Hospital de Apoyo Celendín, por su valiosa participación en el presente estudio.
- A mis padres e hija porque me han permitido restarles tiempo y atención con el fin de alcanzar un peldaño más en mi carrera profesional y crecimiento personal.
- Al Comité Científico de la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, porque con sus sugerencias y/o críticas constructivas, han contribuido a la culminación y presentación de la presente investigación.

Roxana Inés

# ÍNDICE

Item	Página
DEDICATORIA .....	i
AGRADECIMIENTO .....	ii
LISTA DE ILUSTRACIONES .....	iii
LISTA DE ABREVIACIONES .....	iv
RESUMEN .....	v
ABSTRACT .....	vi
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN .....	13
Objetivo .....	19
CAPÍTULO II: REVISIÓN DEL MARCO TEÓRICO .....	20
2.1. Antecedentes del estudio .....	20
2.2. Bases Teóricas .....	27
CAPÍTULO III: DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS .....	42
3.1. Variable de estudio .....	42
3.2. Operacionalización de la Variable.....	43
3.3. Tipo y diseño de investigación .....	45
3.4. Ámbito de estudio .....	46
3.5. Población .....	47
3.6. Criterios de Inclusión y Exclusión .....	48
3.7. Técnica y procedimiento de recolección de datos .....	48
3.8. Rigor Científico .....	52
3.9. Consideraciones éticas de la Investigación .....	53
3.10. Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos .....	54
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	57
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	99
5.1. Conclusiones.....	99
5.2. Recomendaciones .....	101
LISTA DE REFERENCIAS.....	103
APENDICE .....	110

## LISTA DE ILUSTRACIONES

<b>Tablas</b>	<b>Página</b>
01. Dimensión: Frecuencia de eventos notificados de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	59
02. Dimensión: Percepción de seguridad de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	61
03. Dimensión: Acciones de la dirección que promueven la seguridad de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	64
04. Dimensión: aprendizaje organizacional/mejora continua de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	67
05. Dimensión: trabajo en equipo en el servicio de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	70
06. Dimensión: Franqueza en la comunicación; de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	73
07. Dimensión: Feed back y comunicación sobre errores de los profesionales de enfermería del HRC, 2013 .....	75
08. Dimensión: Respuesta no punitiva a los errores de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	77
09. Dimensión: Dotación del personal; de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	79

10. Dimensión: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del Paciente; de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	81
11. Dimensión: trabajo en equipo entre servicio; de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	84
12. Dimensión: Cambios de turno/transición entre servicios; de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	86
13. Debilidades en relación a la Cultura de Seguridad de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	88
14. Oportunidad de mejora en relación a la Cultura de Seguridad de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	91
15. Fortalezas en relación a la cultura de seguridad de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013 .....	93
16. Tiempo de desempeño laboral del profesional de Enfermería en el Hospital Regional de Cajamarca, 2013.....	97

#### Gráficos

1. Calificación del Clima de Seguridad del Paciente según los profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.....	95
--	----

## LISTA DE ABREVIACIONES

AHRQ	: Agency Helthcare Research and Quality
EA	: Eventos Adversos
EBE	: Enfermería Basada en la Evidencia
ENEAS	: Estudio Nacional sobre Eventos Adversos ligados a la Hospitalización.
IDEA	: Identificación de eventos adversos.
MSPSE	: Ministerio de Sanidad y Políticas Social Español
MINSA	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud
OPS	: Organización Panamericana de Salud
OCDE	: Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
SP	: Seguridad del paciente.
HRC	: Hospital Regional de Cajamarca
PE	: Profesional de Enfermería

# **PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA, 2013.**

## **RESUMEN**

La presente investigación tuvo como objetivo determinar y analizar la percepción de los profesionales de enfermería sobre la seguridad del paciente en el Hospital Regional de Cajamarca, 2013; estudio de tipo cuantitativo -cualitativo, descriptivo, exploratorio y de corte transversal. La muestra para el enfoque cuantitativo estuvo constituida por 97 profesionales de enfermería, y para el método cualitativo 30 profesionales obtenida por saturación de la información. Para la obtención de la información se utilizó un cuestionario auto administrado y la entrevista a profundidad. Los hallazgos revelan que la percepción de la cultura de seguridad del paciente de manera global es deficiente y presenta debilidades en las dimensiones: dotación de personal (73,4%) y respuestas no punitivas a los errores (70,1%); las oportunidades de mejora se refleja a través la percepción de seguridad y frecuencia de eventos notificados (73,5%) las fortalezas se refleja en la dimensión: retroalimentación y comunicación sobre errores a través de los ítems: en mi servicio discutimos de qué manera se pueda evitar que un error vuelva a ocurrir (84,5%) y, se nos informa de los errores que ocurren en este servicio (79,4%). Así mismo, la calificación global del clima de seguridad que otorgan los profesionales en una escala de 0 a 10 es 6, con el 57%. A partir del análisis del discurso se determinó 09 categorías, siendo las más representativas: a) tiempo versus número de pacientes y enfermeras para la atención. b) acciones para seguridad del paciente, c) descuido en el llenado de los registros. d) descontento e incumplimiento del trabajo, e) servicios no implementados con materiales y equipos, f) conflictos en los procesos gerenciales, g) buscando culpables por los errores cometidos.

**PALABRAS CLAVE:** Seguridad del paciente, profesional de Enfermería, percepción de seguridad, clima de seguridad, cultura de seguridad.

# **PERCEPTION OF NURSING PROFESSIONALS ABOUT PATIENTS' SECURITY AT THE REGIONAL HOSPITAL OF CAJAMARCA, 2013**

## **ABSTRACT**

The present research had as goal determine and analyze the nursing professional's perception about the patient security at the regional hospital of Cajamarca in 2013; the study for this research was quantitative, qualitative, descriptive, explorative and cross section study. The sample for the quantitative approach had 97 nursing professionals, and for the qualitative approach it had 30 professionals, obtained by saturation of information. Self-administered questionnaire and in-depth interviews was used to obtain the information. Findings reveal that perceptions of patient security culture globally is poor and some weaknesses in the dimensions: staffing (73,4%) and non-punitive errors (70,1%) responses; improvement opportunities is reflected through the perception of safety and frequency of reported events (73,5%) reflects the strengths in the dimension: feedback and communication about errors through the items: in my service we discussed how we can prevent an error happened again (84,5%) and we are informed of errors occurring in the system (79,4%). Likewise, the overall rating of the security environment that provides professionals on a scale of 0 to 10 is 6 to 57%. From the analysis of the speech was determined 09 categories, the most representative: a) time versus number of patients and nurses for care. b) actions for patient security, c) neglect in filling the records. d) dissatisfaction and bad work, e) services not implemented with materials and equipment, f) conflict management processes, g) looking for responsible mistakes made of.

**Keywords:** patient security, Nursing professionals, perceived security, security environment, security culture.

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente, como componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados recibidos por el profesional de salud, como para los que gestionan la salud de las personas y demás profesionales que desean ofrecer una asistencia segura, efectiva y eficiente.

Esta asistencia segura y de calidad durante la formación universitaria, es enseñada en todas las áreas académicas, en donde el estudiante aprende que el centro del quehacer profesional de la salud es el paciente, y los cuidados que se brindan se rigen a protocolos, planes y procesos de atención que garantice su seguridad. Sin embargo, durante el ejercicio profesional, y en la práctica cotidiana se observa limitaciones para el cumplimiento de las normativas de seguridad del paciente, no existiendo control por ejemplo de registros de eventos adversos, mucho menos son discutidos ni evaluados, en pos de una mejora y corrección de los mismos.

Ante esta situación, se suma el escaso interés de los profesionales de la salud en poner en práctica las recomendaciones para fomentar una cultura de la seguridad del paciente, centrada en el aprendizaje a partir de incidentes y sucesos adversos; en contraposición a una cultura de culpa y reproche. Este desinterés puede revertirse incorporando obligatoriamente la seguridad del paciente y la gestión de riesgos, en los programas de formación académica de pregrado y postgrado <sup>1</sup>.

Por ello los profesionales de Enfermería a nivel internacional trabajan arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de Enfermería para lograr la tan ansiada: seguridad del paciente. Este grupo de profesionales poseen un vínculo más estrecho con el paciente ya que su labor no sólo se limita a la atención del paciente en la fase de tratamiento, sino también en la fase de prevención y rehabilitación, asumiendo un rol protagónico con la familia de éste y por ende con la comunidad.

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad, no obstante constituye un problema grave de salud pública en todo el mundo, pues afecta tanto a países desarrollados como a países en vía de desarrollo y se produce en todos los niveles de atención, por lo que la Organización Mundial de la salud, ha decidido formar una alianza con líderes mundiales de salud, con el objetivo disminuir y/o erradicar la aparición de eventos adversos y muertes evitables durante la atención del paciente; por ello, el sistema de salud a nivel mundial, requiere que todos los responsables en brindar atención sanitaria a la población, se involucren con las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos sanitarios <sup>2</sup>.

En ese marco, el Ministerio de Salud del Perú, decide impulsar la seguridad del paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, tales como el estudio de los Eventos Adversos (EAs), gestión de riesgos en la atención en salud y la puesta en marcha de una estrategia que contribuya a brindar una atención limpia y segura en las Organizaciones de Salud <sup>3</sup>.

Al respecto, la labor de los profesionales de Enfermería como parte esencial del equipo multidisciplinario de la salud, se encuentran íntimamente ligados a la ocurrencia potencial de EAs, poniendo en riesgo su integridad y la integridad de los pacientes. Así mismo, la conciencia cada vez mayor de los derechos de los pacientes y la presencia de mecanismos para facilitar su expresión está poniendo en evidencia el incremento de eventos adversos, para lo cual es necesario realizar un abordaje sistémico para afrontar este problema y responder a las exigencias de nuestra población <sup>4</sup>.

La cultura de seguridad dentro del sistema de salud peruano, se encuentra aún en proceso de una mejor comprensión en cuanto a la importancia en la práctica asistencial segura, si bien se aplican diversas medidas de bioseguridad, éstas no han logrado ser eficaces tanto para el paciente como para el profesional de la salud; pues a pesar que los objetivos primordiales de los servicios de salud es prevenir y/o curar enfermedades, en demasiadas ocasiones la atención sanitaria causa daño, discapacidad y muchas veces cobran la vida del paciente. Detrás de dichos incidentes se encuentra sufrimiento tras hospitalizaciones prolongadas. Esta problemática me lleva a discutir hasta qué punto el personal de salud y específicamente los profesionales de Enfermería, son conscientes de sus acciones, qué hacen y cómo actúan frente a la ocurrencia de eventos adversos, cuál es su percepción sobre cultura en seguridad del paciente y qué apoyo reciben de las autoridades sanitarias.

Estudio realizado en varios países pone de manifiesto un índice de EAs de entre 3,5% y 16,6% del número de pacientes hospitalizados. En promedio, uno de cada diez pacientes ingresados a un centro hospitalario, sufren alguna forma de daño evitable que puede provocar discapacidades graves o incluso la muerte; concluyendo así que, 4% de

los pacientes sufre algún tipo de daño a nivel intrahospitalario, 70% de los EAs provocan una incapacidad temporal, pero 14% resultan ser incidentes son mortales <sup>5</sup>.

Los datos de los países en desarrollo, son escasos. Según la OMS, más de la mitad del instrumental médico utilizado en esos países no es seguro; además, 77% de todos los casos notificados de medicamentos falsificados y de mala calidad se produce en los países más pobres <sup>2</sup>. Por eso, no caben dudas de que millones de adultos y niños del mundo en desarrollo sufren enfermedades prolongadas, discapacidad permanente o mueren debido a vacunas inadecuadas, a transfusiones con sangre contaminada, a medicamentos de mala calidad, al control inadecuado de las infecciones y, en general, por causa de métodos no confiables aplicados en establecimientos mal equipados.

Se necesita entonces instaurar una cultura de seguridad del paciente en todos los centros sanitarios, teniendo como base y pilar fundamental la estandarización de protocolos clínicos, para evitar la aparición de EAs, y poder aprender de los errores de forma proactiva; así mismo, es fundamental que los trabajadores de salud se encuentren motivados y concientizados en el cumplimiento estricto de dichas normas, de tal manera que dichos errores no vuelvan a producirse <sup>6</sup>.

Pese a ello el Ministerio de salud no cumple con la ejecución de las normas técnicas acorde a la OMS, tal como se ha establecido en las alianzas internacionales para la seguridad del paciente. Situación que se ve reflejado en la infinidad de eventos adversos que ocurren diariamente en nuestro país; teniendo como producto final, el incremento de muertes evitables y/o EAs; situación que además de involucrar y comprometer al deficiente sistema sanitario, deterioran el desempeño profesional y ético del personal de salud en su conjunto y en especial de los profesionales de Enfermería <sup>2, 7, 8</sup>.

En el 2006 se conformó el Comité Técnico de Seguridad del Paciente en coordinación con la OPS y OMS; a través del cual se impulsó el Plan Nacional de Seguridad del Paciente (2006 – 2008), estrategia que inicialmente fue aplicado en 13 hospitales de Lima, con la finalidad de definir políticas, estrategias y herramientas, para lograr que la atención de salud se desarrolle en un entorno seguro, a la vez que promueva una cultura de seguridad, capaz de reconocer errores, aprender de ellos y mejorar los procesos de atención <sup>3,4</sup>. A partir de ello, 80% de los hospitales en el Perú han puesto en marcha dicho Plan de Implementación de Seguridad; pero lamentablemente hasta el momento, no se evidencia resultados positivos en mejora de la seguridad del paciente <sup>1</sup>.

La Región Cajamarca es la red más grande del país, cuenta con 724 establecimientos de salud. Sin embargo, más del 95% de estos no cuenta con una infraestructura adecuada y personal profesional que garantice la seguridad de los pacientes <sup>4</sup>.

El Hospital Regional de Cajamarca, así como los demás centros hospitalarios de nuestro país, no es ajeno a esta problemática, a pesar de contar con una nueva, moderna infraestructura y equipamiento de alta tecnología; no cuenta con una política institucional basada en la seguridad del paciente, evidenciado en la carencia de registro de control y reporte de eventos adversos, así como ausencia de un cronograma anual de capacitaciones en seguridad del paciente. Sumado a esta problemática se tiene al desconocimiento, desinterés y falta de sensibilidad ética de los trabajadores de salud y en particular de los profesionales de Enfermería, en promover una cultura de seguridad del paciente.

Por tanto, para saber y comprender la magnitud y las causas de los daños ocasionados a los pacientes, encontrar soluciones y adaptarlas a diferentes contextos se requieren de más conocimientos e investigaciones, a través de los cuales permitan determinar y analizar la situación real de cómo perciben los profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca la cultura de seguridad de los pacientes, qué opiniones, qué significados dan a la seguridad del paciente o qué situaciones han vivido durante la atención de los pacientes.

En tal sentido, el presente estudio de investigación posee un enfoque cuantitativo – cualitativo <sup>9</sup>, basados en la técnica de triangulación, cuyos resultados han permitido determinar y analizar la percepción de los profesionales de Enfermería sobre la seguridad del paciente, para tal fin se aplicó el cuestionario auto administrado sobre la seguridad del paciente a 97 profesionales de Enfermería; y de éstos, 30 fueron sometidos a una entrevista a profundidad, con lo cual se logró obtener relatos reales sobre situaciones vividas por los mismos profesionales de Enfermería, afianzando el logro de los objetivos. Considerándose además los criterios de inclusión y exclusión a la población de estudio como también los aspectos éticos de la investigación.

Por lo expuesto, la presente investigación plantea las siguientes interrogantes:

- a. ¿Cuál es la percepción poseen los profesionales de Enfermería sobre la seguridad del paciente en el Hospital Regional de Cajamarca, 2013?
- b. ¿Cuáles son las dimensiones que determinan la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca, 2013?

- c. ¿Cuáles son las debilidades, oportunidades de mejora y fortalezas que presenta la cultura de seguridad del paciente que poseen los profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca, 2013?
- d. ¿Qué situaciones han vivido los profesionales de Enfermería respecto a la seguridad del paciente en el Hospital Regional de Cajamarca, 2013?

Así mismo se ha planteado los siguientes objetivos de estudio:

### **Objetivo General**

Determinar y analizar la percepción del profesional de Enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Regional de Cajamarca, 2013.

### **Objetivos Específicos**

1. Identificar la percepción sobre cultura de seguridad del paciente en los profesionales de Enfermería en el Hospital Regional de Cajamarca.
2. Identificar las dimensiones que determinan la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de Enfermería en el Hospital Regional de Cajamarca.
3. Precisar las dimensiones que muestran las fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora sobre seguridad del paciente en los profesionales de Enfermería en el Hospital Regional de Cajamarca.
4. Explorar las situaciones vividas por el profesional de Enfermería sobre seguridad del paciente en el Hospital Regional de Cajamarca.

## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DEL MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

##### 2.1.1. Ubicación del Problema en el Contexto Social Histórico.

La preocupación por todos los implicados en el mundo sanitario por ofrecer una asistencia sanitaria segura nace con la misma práctica y con el principio Hipocrático: “ante todo no dañar”. Esta preocupación se mantuvo en un segundo plano hasta bien entrado el siglo XX, ya que la calidad de la atención sanitaria se focalizaba en el logro de resultados, sin darle demasiada importancia a los riesgos.

Es así que, con la tecnificación y la instrumentalización de la asistencia sanitaria, el tema del riesgo potencial en la seguridad del paciente se intensificó, pues la práctica médica comenzó a tornarse más invasiva, y por tanto, poniendo en peligro la vida del paciente. Ya en los decenios de 1950 y 1960 algunos estudios dieron cuenta de los mismos, pero casi no se prestó mayor interés al tema de la cultura de seguridad del paciente.

En los últimos 50 años se ha producido un cambio cultural en la sociedad, ya que antiguamente los EAs suscitados en la atención sanitaria, eran atribuidos a pagar por el progreso científico y la criminalización de los errores fatales, del cual el paciente era un objeto de estudio y más aún no existía cabida para el reclamo de éste y menos por los familiares. Hoy en día, la situación es contraria, ya que, en muy poco tiempo se ha pasado de la confianza del paciente en el profesional de salud al desencuentro y la desconfianza

manifiesta. Este clima favorece que el paciente reaccione ante un EA, planteando litigios, reclamos y demandas; frente a ello el personal de salud, opte por la mentira u ocultamiento, frente a sus acciones <sup>2</sup>.

Las consecuencias sanitarias, sociales y económicas de los errores en la asistencia han conducido a organismos internacionales a reflexionar sobre la seguridad del paciente y la gestión de riesgos sanitarios y a desarrollar recomendaciones acerca de la prevención de los efectos adversos en la atención sanitaria y la formulación de estrategias en este ámbito, tal como la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente que promueve la OMS; siendo necesario enfatizar que, las estrategias y sistemas de seguridad, deben incluir acciones dirigidas a la prevención, detección y mitigación de los efectos adversos cada vez que ocurren, así como al análisis de sus causas, aprendizaje de los errores y difusión de las lecciones aprendidas <sup>2</sup>.

Existen diversos estudios de investigación en torno a la seguridad del paciente a nivel mundial, entre los que se destaca:

Aranaz, JM., Aibar, C., Vitaller, J., Ruiz, P. (2004) en su investigación sobre Estudio Nacional de Efectos Adversos – España. Señalan que la incidencia de pacientes con EAs relacionados directamente con la asistencia hospitalaria fue de 10,4%; de éstos 42,8% fueron evitables, 31,4% tuvo como consecuencia un incremento de la estancia. 37,4% de los EAs relacionado con la medicación, las infecciones nosocomiales y 25,0% estaba relacionado con problemas técnicos durante un procedimiento.

Aranaz, A. (2006), en la investigación: Estudio Nacional Sobre los Eventos Adversos Ligados a la Hospitalización (ENEAS) - Madrid, concluyó que la

vulnerabilidad del paciente tiene un papel destacado en la génesis de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria y que un diagnóstico oportuno permite anticiparse a un problema salud público. La comunicación de los resultados disponibles permite informar con honestidad, franqueza y transparencia a la sociedad, pacientes y medios de comunicación sobre los riesgos asistenciales y las medidas que se pueden tomar para evitarlos, hecho que favorecerá a un cambio cultural entre los profesionales, que facilite la promoción de la cultura proactiva para la seguridad del paciente.

Bañares, J., Cavero, E., López, L. (2005), en su estudio: Los Sistemas de Registro y Notificación de Efectos Adversos y de Incidentes: Una estrategia para aprender de los errores - España. Se demostró la eficacia de los sistemas de notificación, cuya aplicación y desarrollo implican beneficios para las organizaciones, porque involucran oportunidades de modelización de los efectos, monitorización, aumento de la concientización de los problemas de seguridad y utilización más eficiente de recursos, siendo necesario diseñar nuevas estrategias para aumentar el compromiso de los profesionales de la salud en la notificación de errores. Se deben también analizar barreras legales y organizacionales que dificultan su implantación.

Pérez, MJ., Iruretagoyena, ML., Gonzales, LR., Cantero, D., Alcalde, G., Manzano, A et al (2007) en su estudio: Desarrollo y Evaluación de Herramientas para la Seguridad del Paciente incorporadas en la gestión de Procesos Asistenciales; determinaron que estableciendo un sistema de notificación, se disminuirían los EAs, para ello, es necesario seguir trabajando en la información y sensibilización de todos los profesionales de

salud y en la integración del sistema de notificación diseñado en el sistema de no conformidades utilizado habitualmente en la gestión de procesos.

Así mismo, el Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Estudio de la Seguridad de los Pacientes en la Atención Primaria de Salud - España, a través del cual demostraron que la práctica sanitaria en atención primaria es segura: los EAs pueden afectar a 7 de cada 100 ciudadanos en un año, y que 70% de estos son evitables. La etiología de los EAs es multicausal, su origen compromete factores relacionados con el uso de fármacos, la comunicación, la gestión y los cuidados de los profesionales de la salud.

Škodová, M.J., Velasco Rodríguez, M.A., (2008), en un estudio sobre opinión, aplicado a 229 profesionales sanitarios del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada - España, con el objetivo de identificar la cultura sobre seguridad de la paciente percibida por los profesionales sanitarios. Los hallazgos fueron: la percepción global de seguridad del paciente es buena, aunque la comunicación sobre errores es deficiente, la principal área de mejora es la comunicación abierta sobre los errores. Es recomendable promover programas de sensibilización y formación de los profesionales e implantar sistemas de registros de eventos adversos.

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Seguridad del Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), en la investigación: Análisis de la seguridad del Paciente en el Ámbito Hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, concluyeron que las oportunidades de mejora que se perciben tienen que ver en todos los hospitales con la dotación de personal y el ritmo de trabajo que pueden afectar a la seguridad del paciente, y, sobre todo en

los hospitales grandes y medianos, con la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia, y la necesidad de mejorar la coordinación entre unidades y servicios.

Gómez, O., Arenas, W., Gonzales, L. (2009), desarrollaron la investigación: Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería en Bogotá – Colombia. Los resultados fueron que la cultura de seguridad de la paciente referida por el personal de Enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar, se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Los participantes del estudio indican que al notificar eventos adversos se llevarán a cabo acciones punitivas en su contra. Concluyendo que las instituciones prestadoras de servicios de salud y su personal son cada vez más conscientes de la importancia de mejorarla seguridad del paciente.

El estudio realizado por IBEAS (2010). Ministerio de Sanidad y Consumo, desarrollaron el estudio sobre: Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica, en los países de Colombia, México, Costa Rica, Perú y Argentina, cuyos resultados muestran que los EAs detectados estaban relacionados con los cuidados del personal de salud en 13,27%, con la infección nosocomio en 37,14%, con algún procedimiento en 28,69% y con el diagnóstico en 6,15%. Los 5 EAs más frecuentes fueron las neumonías nosocomiales (9,4%), las infecciones de herida quirúrgica (8,2%), úlceras

por presión (7,2%), otras complicaciones relacionadas con intervención quirúrgica o procedimiento (6,4%) y sepsis o bacteriemia (5%), acumulando un total del 36,2% de los EAs identificados; ante lo cual es necesario establecer estrategias dirigidas a minimizar infecciones intrahospitalarias.

Germán Fajardo – Dolci (2010), estudio sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Profesionales de la Salud - México, sustenta que, la percepción global sobre la seguridad del paciente es baja, indicando una necesidad de incrementar acciones institucionales urgentes, no sólo en el aspecto de conocimiento de cada profesional de la salud, sino en la parte de la comunicación interpersonal; así mismo es relevante y esencial el aprendizaje organizacional para superar errores potenciales que pongan en peligro la salud del paciente.

El Ministerio de Sanidad, Políticas Social e Igualdad (2011), en el estudio: Perspectivas de los ciudadanos por la Seguridad del Paciente - Madrid, concluyó que, la población cada día está más alerta ante posibles incidentes o errores y es más consciente de su papel en este tipo de situaciones. Hablar de errores médicos es cada vez más común; así mismo que la seguridad del paciente se relaciona fundamentalmente con aspectos que tienen que ver con las siguientes 6 materias: confianza, diagnóstico, trato y papel de los agentes implicados, información y formación, accesibilidad y tangibilidad, protocolización y aspectos de coordinación.

Torrea, B., Noriega, M. (2011). Universidad de Cantabria – España, desarrollaron el estudio: Análisis de la Percepción de los alumnos de Enfermería en la Seguridad del Paciente y la Importancia de la

Reincorporación en el Aprendizaje, señala que los alumnos de enfermería desconocen aspectos básicos sobre la seguridad clínica y poseen una percepción de riesgo y efectos adversos deficientes, así como restan importancia al trabajo en equipo en nuestra profesión.

### **A Nivel Nacional**

Perú, en calidad de país miembro de la Asamblea Mundial de la Salud, a través del Ministerio de Salud (MINSA) y como ente rector, establece a través de la resolución ministerial N° 533- 2008, la Norma Técnica de Salud para la Seguridad del Paciente, con el objetivo de lograr que la atención en salud se desarrolle en un entorno seguro en los servicios de salud, mediante la reducción de riesgos y mejora de la seguridad del paciente, la cual se amparan en la Ley General de Salud N°26842, Ley del Ministerio de Salud N°27657, Ley de Bases de la Descentralización N° 27783, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales N° 27867 y Ley Orgánica de Municipalidades N° 27972 <sup>3,4</sup>.

A pesar de la existencia de dichas normativas y protocolos vigentes respecto la seguridad del paciente, no existe informe alguno que dé cuenta de los logros alcanzados con la aplicación de actuaciones seguras en la atención del paciente; pero aún, no se ha encontrado referencias de estudios de investigación referidos a la percepción de los profesionales de Enfermería sobre la seguridad del paciente. Por tanto, se ha considerado como referencias, los estudios de investigaciones realizados a nivel internacional.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1. Perspectivas Teóricas de Percepción.**

#### **Percepción.**

Proviene del término latín “Perceptio” y se refiere a la acción y efecto de percibir, recibir por el uso de los sentidos imagen, impresiones o sensaciones externas de algo. Mediante la percepción, la información es procesada y se logra formar la idea de un sólo objetivo. La percepción comienza a ser estudiada en el siglo XIX, los primeros modelos que relacionaban la magnitud de un estímulo del evento percibido posibilitaron el surgimiento de la Psicofísica, a través del cual determinan que la percepción es el proceso cognoscitivo, ello permite al sujeto captar la información del entorno a través de la energía y llega a los sistemas sensoriales <sup>10</sup>.

La percepción es un proceso a través del cual tenemos conciencia de lo que ocurre a nuestro alrededor y en nosotros mismos es obviamente algo más que una imagen del mundo, proporcionado por los sentidos, puesto que participan la comprensión y el significado, motivo por el cual es un proceso complejo que depende tanto de la información que el mundo entrega, como de la fisiología y las experiencias de quien percibe <sup>10, 11</sup>.

Es por eso que la forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos <sup>10, 12</sup>; así como ocurre con las experiencias adquiridas por los profesionales de Enfermería durante su desempeño y trayectoria profesional; experiencias que fueron reveladas a

través del relato de sus vivencias en base a la seguridad del paciente, y cuyas situaciones ayudan a contrastar y ampliar con coherencia el panorama de percepción de los propios sujetos de estudio.

Es importante destacar que la percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, es el resultado de un proceso de selección, organización e interpretación de sensaciones <sup>13</sup>:

**Selección**, el individuo percibe parte de los estímulos que recibe de acuerdo con sus características personales, es decir, que interviene, aunque sea de forma inconsciente seleccionando los mensajes que le llegan, generalmente de forma distorsionada, captando sólo los aspectos agradables a los que responde de acuerdo a sus necesidades o intereses.

**Organización**, los estímulos seleccionados se organizan y clasifican en la mente del individuo configurando un mensaje.

**Interpretación**, esta fase proporciona significado a los elementos organizados. La interpretación depende de los factores internos de la persona, de sus experiencias o interacciones con el entorno.

### **2.2.2. Perspectivas Teóricas de Seguridad en el Paciente**

#### **Seguridad del Paciente**

La seguridad del paciente, definida como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención a

la salud recibida. Sin embargo, el concepto es muy amplio y abarca aspectos distintos según el plano en que nos situemos <sup>14</sup>.

A nivel institucional, implica que los escenarios en que se desarrolla la atención a la salud (hospitales, centros de salud, residencias para personas mayores y discapacitadas) deben estar diseñados y organizados para reducir los riesgos para los pacientes atendidos, profesionales, para aquellos que prestan en ellos sus servicios y para los visitantes.

En el plano profesional, incluye un rango amplio de actividades y procedimientos conducentes a evitar y proteger a los pacientes de los efectos adversos relacionados con la atención a la salud. Supone un diseño cuidadoso y una mejora continua de los procesos de atención a la salud dirigidos a reducir la probabilidad de que ocurran errores de medicación, infecciones nosocomiales u otro tipo de lesiones y aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren. La Seguridad del Paciente alude a uno de los aspectos considerados claves en la asistencia sanitaria de nuestros días. La calidad de los cuidados de los profesionales de la salud y la seguridad clínica de las intervenciones sanitarias; se trata pues de un tema que siempre ha estado presente entre los profesionales de la salud como responsabilidad directa, hecho que actualmente ha trascendido del ámbito profesional para ser objeto de debate en el ámbito social.

A nivel político y social, la seguridad del paciente es una estrategia encaminada a promover cambios en el sistema sanitario dirigidos a reducir la probabilidad de que los pacientes sufran efectos adversos, respaldada, entre otras, por instituciones y agencias internacionales como la Alianza

Mundial para la Seguridad del Paciente de la OMS y entre otros organismos internacionales <sup>2</sup>. Confianza, seguridad, adecuación y efectividad son palabras que se han introducido en nuestro lenguaje habitual de clínicos, epidemiólogos y gestores, con riesgo de perder su significado y volverse mera retórica, si no se realizan pequeños pasos en distintos ámbitos organizativos. Entre las actuaciones que se deben desarrollar desde la gestión sanitaria se destacan:

- J Desarrollo de un entorno no punitivo.
- J Implantación de una cultura de responsabilidad y rendimiento de cuentas respecto a la calidad y la seguridad ante el paciente (efectividad clínica), la ciudadanía (eficiencia social) y el sistema sanitario (ética profesional y eficiencia de técnica y de gestión).
- J Creación y perfeccionamiento de sistemas de notificación y registro de sucesos adversos, incidentes, casi errores y buenas prácticas.
- J Puesta en práctica de medidas que han demostrado su efectividad para mejorar la seguridad de los pacientes.
- J Exigencia de evidencia científica a cualquier nueva práctica, procedimiento, tecnología o programa que se introduzca en las prestaciones del sistema sanitario.
- J Esfuerzos en formación e investigación sobre calidad y seguridad.

### **Práctica de la Seguridad del Paciente**

De manera genérica podemos mejorar la seguridad del paciente reduciendo la probabilidad de ocurrencia de efectos adversos, suprimiendo la actividad que

los ocasiona, si ésta es superflua, evitando los fallos humanos en el desarrollo de la actividad, o vigilando los fallos de sistema y actuando antes de que produzcan daño y, también, minimizando sus consecuencias. Para ello podemos utilizar estrategias de prevención primaria, secundaria, terciaria e incluso cuaternaria <sup>15</sup>.

**La prevención primaria**, tiene como meta incrementar los factores que aumentan la seguridad, disminuir los factores de riesgo y fallos latentes (causas profundas) y reducir la incidencia (nuevos casos de EAs). Para ello llevará a cabo las siguientes actividades: formación de profesionales y educación de pacientes, promoción de una cultura de seguridad: “prevención primordial”, puesta en marcha de las prácticas clínicas seguras, protocolos; basados en la evidencia y alertas clínicas, ensayo de análisis modal de fallos y sus efectos, detección de puntos críticos, y uso de nuevas tecnologías, como la ingeniería de personas o los sistemas de prescripción electrónica de medicamentos. La “prevención primordial” se lleva a cabo en un modelo sanitario centrado en el paciente, en el que lo más importante cuando surge un problema no es “quién”, sino “qué”, “cómo”, “cuándo”, “por qué” y “cómo se podría haber evitado”; todo ello supone el cambio de una cultura punitiva por una cultura proactiva.

**Prevención secundaria** tiene como objetivo la detección precoz de los EAs o la neutralización de sus consecuencias si no han podido ser evitados. Para ello se lleva a cabo las siguientes actividades: implantar sistemas epidemiológicos de vigilancia de incidentes y eventos adversos, implantar sistemas de notificación de eventos adversos, y comunicar adecuadamente el daño.

**Prevención terciaria,** sus objetivos se centran en reducir las consecuencias del EAs (secuelas, incapacidad, dolor, sufrimiento, etc.) y evitar o dificultar su repetición a través de la utilización de los sistemas de registros, análisis de causas raíz, árbol de problemas o por qué en cascada de los EAs graves, e implantar comités de conciliación y sistemas de indemnización.

**Prevención cuaternaria,** va encaminada a identificar riesgo post tratamiento, para proteger de nuevas intervenciones médicas y sugerir alternativas éticamente aceptables. También conocida como la intervención que atenúa o evita las consecuencias del intervencionismo médico excesivo, innecesario y de insuficiente evidencia. Los fallos en este tipo de prevención en la práctica clínica pueden originar EA y agravar las consecuencias de sobre tratamiento de los mismos.

### **Cultura de Seguridad del Paciente.**

La cultura laboral que históricamente ha rondado las instituciones de salud ha sido la de la punición, es decir, cuando sucede un error el culpable es castigado. Es claro ahora que, en el ámbito de la salud, la cultura punitiva genera más perjuicio que beneficio. Por otro lado, teniendo en cuenta que siempre van a existir los errores, la acción más lógica y necesaria para la organización se debe dirigir hacia la creación de una cultura institucional educativa y no punitiva que tenga su punto de partida en el informe y análisis de los errores y eventos adversos.

En el año 2001 el informe “Construyendo un sistema de salud más seguro” declaró en primera instancia los resultados de la investigación de 79 prácticas seguras. Dos años más tarde la reunión de consenso organizada por el foro nacional para la calidad en los Estados Unidos de Norteamérica, escogió a la implementación de una cultura de seguridad como la primera a desarrollar entre 30 prácticas seguras para los pacientes <sup>16</sup>.

### **Clima de Seguridad del Paciente**

Sara Felknor, refiere que el clima de seguridad involucra: capacitación, ambiente de trabajo favorables (físico y psicológico), equipo de protección, controles administrativos, aspectos demográficos y armonía laboral <sup>17</sup>.

Asimismo, se define como las opciones y percepciones que tiene los trabajadores de la importancia de la seguridad laboral en el lugar de trabajo, es un buen predictor del estado de la salud ocupacional, es útil e imprescindible en el desarrollo de programas de capacitación y sensibilización de todo el personal para mejorar, no sólo las condiciones de trabajo sino también para prevenir enfermedades y accidentes que, en muchas ocasiones resultan ser fatales.

### **Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente**

La cultura de seguridad fue declarada por consenso de expertos al interior del National Quality Forum, como la primera práctica a desarrollar en las instituciones de salud. Es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y la proficiencia de una organización. Se debe

caracterizar por una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua, percepción compartida de la importancia de la seguridad, confianza de la eficacia de las medidas preventivas y en el enfoque pedagógico del error como base, lo cual llevará al aprendizaje organizacional que se origina de la conciencia del error cometido <sup>18</sup>.

En el resultado final de este proceso, los colaboradores de la institución no deben sentir miedo de hablar libremente de sus fallas y por ende el auto - reporte de los incidentes y eventos adversos que suceden se debe hacer evidente.

Una estrategia fundamental para avanzar en esta dirección consiste en, favorecer institucionalmente el desarrollo de un clima organizacional educativo, más que en encontrar culpables para imponer un castigo. Es importante conocer, caracterizar y cuantificar los factores que determinan la cultura de seguridad en una institución; una forma de obtener la información necesaria para direccionar las acciones tendientes a promover este clima cultural y evaluar el impacto de este proceso es la aplicación de la Encuesta de Clima de Seguridad <sup>19</sup>.

### **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE]**

Un grupo de expertos de la OCDE, formado por representantes de los países miembros y académicos expertos en el tema de seguridad del paciente, seleccionaron 21 indicadores para vigilar y evaluar comparativamente el desempeño de los sistemas de salud en materia de seguridad del paciente. Nuestro país, en calidad de miembro de dicha organización, se ha adherido a la propuesta, la cual contiene los siguientes indicadores <sup>8</sup>:

- Infecciones nosocomiales: neumonías por uso de respirador, herida quirúrgica infectada, infecciones atribuibles a la atención médica, etc.
- Eventos centinelas: reacciones por transfusión, transfusión de tipo de sangre equivocado, equivocación en sitio quirúrgico, cuerpos extraños dejados en el paciente durante los procedimientos quirúrgicos, etc.
- Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas: complicaciones por la anestesia, fractura de cadera posterior a una cirugía, embolia pulmonar postquirúrgica o trombosis venosa profunda, sepsis postquirúrgica, etc.
- Complicaciones obstétricas: lesiones o traumatismo al momento del nacimiento en neonatos, trauma obstétrico en partos vaginales, trauma obstétrico en partos por cesárea, mortalidad materna.
- Otros eventos adversos: caídas de los pacientes, fracturas de cadera, errores en la comunicación e interpretación de mensaje, etc.

### **El Profesional de Enfermería.**

A pesar de los avances, el profesional de Enfermería, ha permanecido muy apegada a los esquemas tradicionales centrados en la beneficencia y el recato. Para Florence Nightingale, (pionera de la profesión de enfermería), las virtudes que deben caracterizar a una buena enfermera son: *"persona de confianza... No puede ser chismosa, ni ligera charlatana; nunca debe contestar preguntas sobre su enfermo; debe ser estrictamente moderada y honesta, pero, más que esto, debe ser una mujer religiosa y devota; ha de respetar su propia vocación, porque con*

*frecuencia se coloca en sus manos el precioso don de la vida; debe ser una minuciosa, fiel y rápida observadora, y ha de ser una mujer de buenos y delicados sentimientos"* <sup>20</sup>. Esta caracterización definió durante todo el siglo XX la misión y el papel de la profesión de Enfermería, y muy a pesar, de la incansable búsqueda por establecer una profesión liberal, la mayoría de los perfiles expresados a lo largo del pasado siglo, se enmarcaron dentro de este código ético, que si bien, logró emancipar un poco el concepto del cuidado, dejó aún subsumido el perfil profesional de la Enfermería en una ética de la sumisión.

Watson Jean (1988), plantea que la Enfermería es una profesión con responsabilidades éticas y sociales, tanto para con los pacientes como para con la sociedad en general. Pone como punto de partida lo afectivo, los sentimientos y las emociones realizando una perfecta unión entre las creencias tradicionales y las ciencias humanas; para ella el *“cuidado humano es una idea moral que trasciende el acto y va más allá de la acción de una enfermera produciendo actos colectivos de la profesión de enfermería que tienen consecuencias importantes para la civilización humana”* <sup>21</sup>.

Montes Valverde (1999) afirma que la enfermería como profesión se inició como un acto de amor que se expresa mediante acciones de cuidado que permitan compartir las emociones y expresar los sentimientos, esto conlleva a la humanización del cuidado. La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la Enfermería

son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la formación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud <sup>22</sup>.

En estos momentos en que avanzamos hacia un mayor requerimiento social de nuestros servicios y con ello, consolidar la presencia en un campo fuertemente profesionalizado, a un nivel de colaboración y no de subordinación, se puede plantear que la enfermería es una profesión porque: constituye un servicio a la sociedad, posee un cuerpo de conocimientos y habilidades propias, que busca constantemente acrecentar su competencia para mejorar la calidad de sus servicios, cuenta con un objeto de estudio (el cuidado), razón de ser de la Enfermería, establece sus propias normas y políticas para controlar sus actividades, se encarga de la preparación de las personas que van a desempeñar la profesión, adapta sus servicios a las necesidades que se le van presentando, acepta la responsabilidad y compromiso de proteger al público al que sirve, utiliza al máximo de sus posibilidades, a las personas que la ejerce, regula su propia práctica, se ajusta a un código de conducta basado en sus principios éticos, convoca la unión de sus miembros con el propósito de alcanzar objetivos comunes en respuesta al encargo social <sup>23</sup>.

La calidad de los servicios de enfermería se define como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de Enfermería de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable; con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador del servicio <sup>24</sup>.

## **Enfermería y la Seguridad del Paciente.**

Los profesionales de Enfermería, a nivel internacional trabajan arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión; para lograr así, la seguridad del paciente que está a su cuidado y para lograr esta meta, se debe desarrollar la gestión para la calidad del cuidado, que se basa en una filosofía del cambio, que involucra a todos y que establece claramente la visión y la misión del trabajo <sup>25</sup>.

La misión de los enfermeros (as) es, lograr un óptimo estado de salud de la persona, la familia y la comunidad; de este modo se asegura una atención integral, personalizada, de calidad y libre de riesgo. Se debe realizar un uso racional de los recursos humanos y tecnológicos, mediante un clima organizacional propicio que siga las estrategias y programas priorizados por las organizaciones internacionales y del Ministerio de Salud Pública.

Para cumplir con la misión social se debe implementar estrategias que refuercen la identidad profesional, que contribuya al desarrollo de la disciplina, que mejore la organización y que otorgue credibilidad a los servicios de enfermería en las instituciones de salud, demostrado este grupo de profesionales un alto compromiso personal y profesional por el respeto a los derechos humanos a través del cuidado del paciente, aplicando además acciones de prevención, promoción, curación y rehabilitación y que a la vez, demuestre capacidad de liderazgo dentro de un sistema cambiante de atención de salud. Estas directrices permiten reflexionar para el control del acceso a la profesión y de las formas en que ésta debe ejercerse, lo que hace imprescindible una legitimación, no sólo social, sino legal. *Elliot* en 1975, planteó "...las profesiones pretenden tener responsabilidad

única sobre algún aspecto del bien público y saber cómo conseguir ese bien...”

26

En la actualidad, se imparten cursos sobre la seguridad del paciente, en la cual se enfatizan 10 aspectos: identificación del paciente, comunicación clara, manejo de medicamentos, uso de los 5 correctos, cirugía y procedimientos correcto, momento correcto, evitar caída del paciente, uso de protocolos y guías, evitar infecciones nosocomiales, clima de seguridad, factores humanos y hacer partícipe al paciente en la toma de decisiones. La seguridad del paciente, no es un modismo, ni un nuevo enfoque en los servicios de salud; sino, una responsabilidad en el acto del cuidado integral del profesional de enfermería.

Las intervenciones seguras, producen un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los pacientes, así como garantizan un cuidado de calidad. En este sentido desde *Florence Nightingale* hasta la actualidad, la enfermería ha mostrado disposición y compromiso con la seguridad del paciente, en mejorar de manera continua los procesos de atención que brinda, en base a objetivos de carácter tangible, fiable, rápido, competente, cortés, seguro, accesible, oportuno, en comunicación y conocimiento de la situación real del paciente <sup>27</sup>.

**La seguridad del paciente implica:** Responsabilidad legal y moral en el ejercicio y práctica de la profesión de forma competente y segura (sin negligencia y mala praxis), así como la autodeterminación y autorregulación, lo cual conlleva a valorar a las personas que pretenden ejercer la profesión y para ello, se debe seleccionar a los candidatos adecuados, ya que una actividad, que pretende lograr el status profesional, no puede permitirse que sea considerada como refugio para

aquellos que no tienen vocación, capacidades y aptitudes. Por ello el impetuoso desarrollo del sistema de salud exige recursos humanos cada vez más capacitados nos solo desde el punto de vista técnico, profesional sino también humano, acordes con los avances científico y tecnológicos de las ciencias médicas.

### **Factores humanos, Error y Culpa**

La condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción. De igual manera, la respuesta primaria del ser humano cuando sucede un error, es buscar al culpable y castigarlo. Con cada caso de daño o muerte de un paciente debido a un error y que trasciende a la opinión pública, los medios de comunicación, los entes de regulación gubernamental, las familias de los pacientes afectados, el público en general y la institución misma, buscan la culpa individual para enseñar un castigo ejemplar. Sin embargo, culpar o castigar a alguien no asegura que una situación similar de daño a un individuo no se esté presentando simultáneamente en otro escenario clínico o que el mismo error no se vaya a repetir, incluso en un futuro cercano en la misma institución <sup>28</sup>.

Otras situaciones donde se favorece la posibilidad de error están descritas en el modelo del queso suizo propuesto por Reason. En este, el error aparece porque el proceso de atención no se ha diseñado con enfoque sistémico; es decir, no considera la integridad de la estructura, el proceso y el resultado. El modelo pone en evidencia fallas latentes en el proceso sistémico de la atención, las cuales una vez alineadas, llevan a la producción del error. Las fallas están latentes en los decretos gubernamentales que direccionan la atención, en los entes regulatorios

de control, en las universidades e institutos tecnológicos que no consideran a la seguridad clínica en el contenido de sus programas académicos, en las instituciones que atienden pacientes que no consideran la posibilidad de error en los procesos, en la inadecuada competencia técnica y no técnica del personal de salud, en la industria farmacéutica que no ha considerado la posibilidad de error al utilizar sus productos, en el uso inadecuado de la tecnología médica, en el factor humano relacionado con el estrés, la fatiga y la falta de sueño de las personas, etc

## CAPITULO III

### DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

#### 3.1.Variable de Estudio

Percepción de los profesionales de Enfermería sobre cultura de seguridad del paciente.

#### **Definición Conceptual:**

La percepción se refiere a la manera de cómo un individuo interpreta la realidad, es el significado que una persona da a los eventos, y afecta directamente su respuesta al ambiente <sup>30</sup>.

Los profesionales de Enfermería, constituyen uno de los pilares fundamentales en la atención sanitaria a través del cuidado autónomo y en colaboración humanizado al paciente, familia y comunidad. Sus funciones esenciales están dirigidas a la defensa y fomento de un entorno seguro, la investigación, la formación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud <sup>22</sup>.

Seguridad del paciente, es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, por ello es que es una actividad cada vez más compleja, que entraña riesgos potenciales y en la que no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de un conjunto de

acciones en la que se combinan factores inherentes al sistema con actuaciones humanas <sup>31</sup>.

### **3.2.Operacionalización de la Variable:**

Para medir la variable en estudio, se aplicó el cuestionario auto administrado sobre la Cultura de Seguridad del Paciente, adaptada de la versión original del Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality – AHRQ) <sup>31</sup>, a la versión española; dicho cuestionario, abarcó el estudio de 12 dimensiones, las mismas que fueron divididas en 03 secciones: Sección A: Resultados de la cultura de seguridad, Sección B: Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel del servicio y Sección C: Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente a nivel de todo el hospital (Apéndice 02) . Así mismo, las preguntas planteadas en el cuestionario auto administrado fueron formuladas en positivo y negativo; frente a tres categorías de respuesta: negativo (muy en desacuerdo, en desacuerdo), neutral (indiferente) y positivo (de acuerdo, muy en acuerdo). (Apéndice 03)

Los indicadores compuestos para cada una de las dimensiones de la escala se calcularon aplicando la siguiente fórmula:

Dimensión =

Número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión

Numero de respuestas totales en los ítems de una dimensión

Las dimensiones se clasificaron de acuerdo al grado de fortalezas, debilidades, oportunidad de mejora, como se detalla a continuación:

Para clasificar una dimensión como fortaleza se emplearon los siguientes criterios alternativos:

- ) 75% de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en positivo.
- ) 75%de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “nunca/raramente”) a preguntas formuladas en negativo.

Para clasificar un ítem o una dimensión como ***debilidad u oportunidad de mejora*** se emplean los siguientes criterios alternativos:

- ) 50% de respuestas negativas (“en desacuerdo/muy en desacuerdo” o “raramente/nunca”) a preguntas formuladas en positivo.
- ) 50% de respuestas positivas (“de acuerdo/muy de acuerdo” o “casi siempre/siempre”) a preguntas formuladas en negativo.

Para calificar el Clima de Seguridad, Se solicitó a cada profesional de Enfermería calificar de cero a diez, el grado de seguridad del paciente en el servicio en la cual labora. Se consideró las respuestas dadas a las preguntas: ¿cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida a todos los profesionales implicados en la atención del paciente?, y la frecuencia de eventos adversos y percepción de Seguridad que poseen los profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca.

### 3.3. Tipo y Diseño de Investigación

El presente estudio correspondió a una investigación cuantitativo - cualitativo, con énfasis en lo cuantitativo. En términos cuantitativos, el diseño es transversal, descriptivo y en términos cualitativo es exploratorio - descriptivo; a través del cual se ha podido extraer situaciones vividas por los profesionales de Enfermería para comprender el complejo mundo subjetivo de las personas. Este enfoque mixto, implica la recolección y el análisis de datos cualitativos y cuantitativos, así como su integración y discusión conjunta para lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio, reflejando la integralidad y complejidad de los fenómenos estudiados y cuyo resultado resalten la esencia de la investigación <sup>32, 33,34</sup>.

El alcance de la integración de las técnicas utilizadas radica en su complementariedad; es decir que los resultados obtenidos en una fase de la investigación que aplicó técnicas cuantitativas se complementan con los resultados de la aplicación de técnicas en la fase cualitativa, que finalmente ambos grupos de resultados se complementaron bajo el mecanismo de triangulación <sup>35</sup>.

**Desde el enfoque cuantitativo**, el estudio es de corte transversal, porque la información se recolectó en un momento determinado, descriptivo porque sólo se describe situaciones y eventos, no explica relaciones necesariamente, ni prueba hipótesis <sup>36</sup>.

**Desde el enfoque cualitativo**, el estudio es exploratorio, porque el desarrollo de la investigación se efectuó sobre un tema no investigado a profundidad en nuestro medio y además porque se carece de información suficiente y de conocimiento previos del objeto. Se considera descriptivo, porque permite expresar y narrar los

discursos de los sujetos de estudio en base a una realidad, un fenómeno vivenciado<sup>37</sup>. En base a esta perspectiva, se otorgó oportunidad a los profesionales de Enfermería a narrar libre y espontáneamente sus experiencias vividas en torno a la seguridad del paciente.

### **3.4. Ámbito de Estudio**

El estudio se realizó en el Hospital Regional de Cajamarca, perteneciente al Ministerio de Salud, ubicado en el distrito de Cajamarca, provincia y departamento de Cajamarca – Perú. Se ubica en la región quechua, con una altitud de 2627m.s.n.m. Cuenta con 1 507 486 habitantes (INEI, 2011). Las principales actividades a las que se dedican los habitantes son la agricultura, ganadería, turismo y minería. La cultura está compuesta de componentes cognitivos, creencias, valores y normas que le permiten al individuo comportarse en la sociedad que habitan<sup>38</sup>.

Tal institución, cuenta con un moderno local, con infraestructura y equipamiento de alta tecnología, según reportes de autoridades de salud, acorde con la atención de usuarios que bordean a las 250 consultas diarias en los diferentes servicios.

Durante el periodo que duró la presente investigación, el Hospital Regional de Cajamarca contó con 535 trabajadores, entre personal médico, asistencial, administrativo y de servicio; quienes brindan atención en los servicios: hospitalización, sala de operaciones, consultorios externos, emergencias, salud preventiva, farmacia, laboratorio clínico y servicio de radiología, etc.

### 3.5. Población

#### 3.5.1. En el estudio cuantitativo:

**Población:** constituido por 191 profesionales de Enfermería que laboran en los diferentes servicios y áreas del HRC, 2013.

**Muestra:** 97 profesionales, calculado de la siguiente manera:

$$n: \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq} = 97 \text{ profesionales de enfermería.}$$

**Dónde:**

)}  $Z^2 = 1.96^2$  (ya que la seguridad es del 95%)

)}  $p =$  proporción esperada de la percepción sobre la seguridad al paciente, la cual asumimos el 50% con la finalidad de maximizar el tamaño de muestra.

)}  $q = 1 - p$  (en este caso  $100\% - 50\% = 50\%$ )

)}  $d =$  precisión, en este caso asumimos el 7%.

#### 3.5.2. En el estudio cualitativo:

La muestra tiene carácter intencionado y su dimensión numérica fue considerada según saturación teórica, es decir, cuando se efectuaron las entrevistas a profundidad a los profesionales de Enfermería adicionales y estas no produjeron ninguna comprensión real nueva del fenómeno que se está estudiando, la aplicación se detuvo. “La muestra es emergente como lo es la teoría”<sup>39</sup>, en tal sentido los sujetos del estudio, estuvieron conformados por 30 profesionales de Enfermería.

### **3.6. Criterios de Inclusión y Exclusión.**

#### **A. Criterios de Inclusión:**

- ) Profesionales de Enfermería, que laboran en los diferentes servicios del Hospital Regional de Cajamarca, en condiciones laborales nombrados o contratados.
- ) Profesionales de Enfermería que desean participar del estudio, en forma voluntaria.

#### **B. Criterios de Exclusión:**

- ) Profesionales de Enfermería que no realizaron el llenado del cuestionario auto administrado en forma completa.
- ) Profesionales de Enfermería con las cuales no se concluyó la entrevista a profundidad.
- ) Profesionales de Enfermería que no desean participar del estudio, en forma voluntaria.

### **3.7. Técnica y Procedimiento de Recolección de Datos**

Previamente a la aplicación del cuestionario auto administrado, se procedió a:

- Solicitar el permiso al director del Hospital Regional de Cajamarca, con la finalidad de acceder a los servicios de hospitalización y áreas administrativas de atención al paciente de tal manera que se pueda lograr una mejor y mayor acercamiento a los profesionales de Enfermería (sujetos del estudio); a la vez se presentó los objetivos, la metodología y la importancia de la investigación para la ciencia de la salud y Enfermería.

- Coordinar con el profesional de enfermería para hacer saber el objetivo de la investigación, solicitar su participación voluntaria y hacer firmar el consentimiento informado, y acordar el día, lugar y hora para la entrega y recojo del cuestionario auto administrado.

Posteriormente se procedió al recojo de la información en dos etapas:

**Primera Etapa:** se utilizó el cuestionario auto administrado, creado para evaluar la cultura de seguridad de paciente, el mismo que fue desarrollado inicialmente por Bryan Sexton and Robert Helmreich of the University of Texas <sup>31</sup>. Dicho instrumento fue adaptado a nuestra realidad local a través de una prueba piloto y juicio de expertos para demostrar la consistencia y fiabilidad interna de dicho instrumento. El cuestionario entregado al profesional de Enfermería para obtener sus respuestas fue devuelto en un plazo de 48 horas (Apéndice 01 y 03).

**El cuestionario auto administrado,** agrupa un total de 12 dimensiones, las mismas que se encuentran divididas en 03 secciones:

➤ **Sección A: Resultados de la cultura de seguridad:**

- Frecuencia de eventos notificados (preguntas: 40, 41 y 42) y
- Percepción de seguridad (preguntas: 15, 18, 10 y 17).

➤ **Sección B: Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel del servicio:**

- Expectativas y acciones de la dirección/supervisor de la Unidad/servicio que favorecen la seguridad (ítems: 19, 20, 21, 22).
- Aprendizaje organizacional/ mejora continua (ítems: 6, 9 y 13).
- Trabajo en equipo en el servicio/unidad (ítems: 1, 3, 4 y 11).

- Franqueza en la comunicación (ítems: 35, 37 y 39),
- Feed back y comunicación sobre errores (ítems: 34, 36 y 38).
- Respuestas no punitivas a los errores (pregunta: 8, 2 y 16),
- Dotación de personal (ítems: 2, 5, 7 y 14).
- Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (ítems: 23, 30 y 31).

➤ **Sección C: Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente a nivel de todo el hospital:**

- Trabajo en equipo entre unidades (ítems: 26, 32, 24 y 28) y
- Problemas en cambios de turnos y transiciones entre servicios/unidades (ítems: 25, 27, 29 y 33). (Apéndice 03)

**Segunda Etapa**, se realizó la entrevista a profundidad la cual contenía dos preguntas orientadoras y generadoras de debate relacionadas a las situaciones vividas por los profesionales de Enfermería respecto a la seguridad del paciente. Técnica de gran valor para obtener, afianzar y contrastar con los resultados cuantitativos <sup>40</sup>.

**La entrevista a profundidad** se realizó a través de un conversatorio con los profesionales de enfermería en un lapso de 15 minutos tiempo en el cual se procedió a recepcionar los discursos, teniendo como preguntas generadoras de debate a las siguientes:

- ❖ Describa cuáles son las prácticas sanitarias que Usted realiza en pos de la seguridad del paciente.
- ❖ Describa situaciones vividas en relación a la seguridad del paciente

La entrevista se realizó previo consentimiento informado y autorización para grabar el discurso en audio y realizar notas de campo, los cuales facilitaron su posterior transcripción y análisis. Cumpliendo las normas de confidencialidad y anonimato de los profesionales de Enfermería, así como respeto la disponibilidad de su tiempo. (Apéndice 04)

### **Prueba Piloto**

- ) Se realizó la prueba piloto tanto para el cuestionario auto administrado como para la entrevista a profundidad, y además sometidos a un juicio de expertos, con el fin de obtener su opinión, sus sugerencias acerca de la validez, relevancia, factibilidad y coherencia. Además, se realizó la confiabilidad y validez del cuestionario auto administrado.
- ) Esta prueba tuvo como escenario el Hospital de Apoyo Celendín, ubicado en la provincia y distrito de Celendín, aplicado a 9 profesionales de enfermería.
- ) Alfa de Cronbach del instrumento en términos generales fue de 0.64, el cual es un valor aceptable. La fiabilidad por dimensiones fluctuó entre aceptable a excelente.; considerando valores de alfa de Cronbach de: < a 0.6 es aceptable, < 0.7, es bueno y >0.8, excelente. (Apéndice 06).

Las dimensiones que lograron alcanzar mayor aceptabilidad fueron: percepción global de seguridad (0.71), aprendizaje organización/mejora continua (0.70), Feed – back y comunicación sobre errores (0.73) y apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del paciente (0.62). Los valores bajos de alfa de Cronbach en algunas dimensiones orientan la necesidad de realizar mejoras y/o modificaciones al instrumento, sin dejar de ser considerados aceptables ni

menos confiables, ésta fue: trabajo en equipo en la unidad y entre servicios (0.60), respuestas no punitivas a los errores (0.60), y problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios (0.60). Los resultados son respaldados por uno de los estudios más importantes realizado en España en el año 2009 sobre el Análisis de la Cultura sobre Seguridad del Paciente en el Ámbito Hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español, en el cual se comprobó la consistencia interna de cada dimensión, según indica la encuesta original.

### **3.8. Rigor Científico**

El rigor científico para el caso del enfoque cualitativo de acuerdo con **Bilbao, I. (2002)** estuvo dado los criterios de validez y confiabilidad <sup>41</sup>.

#### **Criterios de validez**

) *Densidad*, implica la inclusión de información detallada, de significados e intenciones por los profesionales de Enfermería, tanto en la recolección de los datos como en el análisis de los mismos.

) *Aplicabilidad/Utilidad*, se logró a través de la complejidad de los resultados y su cercanía con los datos empíricos. El recurso más importante viene dado por la descripción detallada de los contextos en los que se generaron los resultados.

#### **Criterios de Confiabilidad.**

) *La Transparencia*, contempla la descripción detallada de cada uno de los pasos seguidos durante el curso de la investigación con el fin de que se entienda cómo se llegó a los resultados.

) *La Contextualidad*, se refiere a la inclusión del contexto en el cual se generarán los datos y resultados, como también al análisis de la interacción de resultado y contexto. Para el logro de lo anterior se describió detalladamente tanto los procedimientos de investigación como el contexto.

### **3.9. Consideraciones Ética de la Investigación**

La obtención de la información se realizó siguiendo las consideraciones éticas que la investigación amerita. De La Cuesta, C. señala que las condiciones básicas entre el investigador y el informante están dadas por confianza y la empatía <sup>42</sup>. Así mismo durante todo el proceso de recolección de información y aplicación de ambos instrumentos metodológicos, se veló por salvaguardar el anonimato y la confidencialidad de cada uno de los profesionales de Enfermería, participantes del presente estudio; de tal manera que sus versiones y relatos sean fidedignos y reflejen la realizadas sobre la percepción de dichos sujetos de estudio sobre la cultura de seguridad del paciente del Hospital Regional de Cajamarca.

Con el propósito de cumplir con las consideraciones éticas de la investigación, es necesario aclarar que para cada discurso vertidos por los profesionales de Enfermería se designó identificaciones ficticias, sólo a manera de reconocer el discurso.

### **3.10. Técnicas de Procesamiento y Análisis de los Datos**

Con la finalidad de presentar con mayor claridad los resultados obtenidos, y siguiendo la perspectiva del enfoque mixto, no existe regla única para analizar y presentar los resultados <sup>32</sup>. A continuación se describe cada una de estas fases:

### **A. Para el análisis cuantitativo.**

La información recolectada a partir del cuestionario auto administrado, fue sometida a un proceso de consistencia manual, luego se digitó y codificó la información en un computador, a través del programa excel, representado por tablas y gráficos estadísticos utilizando medidas de tendencia central, frecuencia relativas y absolutas, gráficos e indicadores para finalmente presentarlas en sus respectivas tablas y proceder a su descripción y análisis de los datos más significativos que permitieron visualizar la percepción de los profesionales de Enfermería respecto a la cultura de seguridad del paciente.

### **B. Para el análisis de datos cualitativos**

Se utilizó como referencia el análisis del discurso propuesto por Orlandi, la misma que es una técnica cuya finalidad es explicar como un texto produce sentido y permite comprender, el sentido del discurso; ya que el texto precisa tener material lingüístico necesario para que la persona pueda acompañar el movimiento del diálogo lo más rápido posible de lo que ocurre en el momento en el que fue enunciado. Las entrevistas se transcribieron tal y como fueron expresadas por los sujetos de estudio, luego se procedió a reproducir los discursos, es decir ordenado y retirando frases repetitivas y procurando que un texto que los lectores puedan comprender con mayor claridad, para ello se mantuvo la esencia del mensaje <sup>43</sup>.

Posteriormente se revisó, ordenó, clasificó y codificó los discursos, a través de la reconstrucción de datos; vale decir, se redujo la información en pequeñas unidades u oraciones y núcleos de significados, que fueron agrupados para luego proceder a su revisión y análisis de lo que el entrevistado deseo expresar

buscando semejanzas entre los datos, así como sus divergencias ordenándolos de manera aproximada. Todo este proceso facilitó la identificación de subcategoría que finalmente nos permitieron agruparlas en categorías homogéneas para su análisis y descripción, quedando conformadas 9 categorías que expresan las situaciones vividas sobre seguridad del paciente de los profesionales de Enfermería.

Es preciso indicar que, con el objetivo de respetar el anonimato y confidencialidad de los profesionales de Enfermería, se asignó un nombre ficticio a los discursos, lo cual garantiza la ética de la investigación, a través del respeto a la no identificación real de los participantes del estudio.

Durante el proceso de interpretación de los datos se procedió a la triangulación de resultados de las fases cuantitativa y cualitativa para complementar y validar los datos, con el propósito de relacionar las situaciones vividas por los profesionales de Enfermería durante la asistencia de pacientes. Este proceso de triangulación se llevó a cabo analizando en primer lugar el conjunto de datos cuantitativos y cualitativos por separado, luego se hizo comparaciones buscando sus diferencias y similitudes, tratando de encontrar convergencias y divergencias entre ambos enfoques de estudio, determinándose que los datos se amplían, se profundizan y se apoyan mutuamente, por lo tanto la fusión de ambas miradas de estudio ha contribuido a reforzar los resultados.

Como resultado de este proceso se integra en el capítulo de la discusión de este trabajo, donde al mismo tiempo se analizan los hallazgos en relación con otros referentes empíricos y conceptuales relacionados con el tema de estudio.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

El presente estudio de investigación de carácter cuantitativo - cualitativo, se llevó a cabo con la participación de 97 profesionales de enfermería del Hospital Regional Cajamarca, quienes reunieron las condiciones de inclusión para dicho estudio. Los resultados muestran en términos globales, la existencia de debilidad en la percepción de la seguridad del paciente, al reconocer que en su unidad existen problemas con la seguridad del paciente, reflejado el aumento en el ritmo del trabajo sin importar sacrificar la seguridad del paciente y al referir que no se producen más fallos por casualidad; además de la instauración de una cultura de punición entre profesionales.

También se ha encontrado debilidades en el manejo de la seguridad del paciente; pero que a la vez existe oportunidades de mejora que se percibidas en la mayoría de las dimensiones y tienen que ver con la gestión de los directivos del hospital y con la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia y de trabajo en trabajo en los profesionales de los diversos servicios.

No obstante, es importante precisar la existencia de fortalezas en los profesionales de Enfermería que favorecen la seguridad del paciente, al percibir que informan y discuten de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir, situación que además se refuerza al reconocer que la dirección del hospital facilita un clima laboral que ayuda a la seguridad del paciente, entre otras situaciones favorables que son presentadas en la discusión.

De otro lado, la identificación de las fortalezas y debilidades en el clima de seguridad que pueden servir a los gerentes de salud para diseñar estrategias de mejora en el hospital y evitar en lo posible la aparición de efectos adversos.

Así mismo, desde la visión cualitativa, se ha logrado determinar 9 categorías: tiempo versus número de pacientes y enfermeras para el servicio, responsabilidad para la seguridad del paciente, acciones para el cuidado de la seguridad del paciente, descuido en el llenado de registros, descontento e incumplimiento del trabajo, servicios no implementados con materiales y equipos, conflictos con los procesos gerenciales, buscando culpables por los errores cometidos, falta de capacitaciones e inducción al campo laboral por parte de la jefatura. Estas categorías han servido de contrastación y refuerzo a los datos que presentados en las tablas.

## Sección A: Resultados de la Cultura de Seguridad.

**Tabla 01. Dimensión: Frecuencia de eventos notificados de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

<b>Dimensión</b>	<b>Muy en desacuerdo/en desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo/muy de acuerdo</b>	<b>Total</b>
Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	25,8%	15,5%	58,7%	100%
Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	11,10%	32,2%	56,7%	100%
Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	22,20%	22,20%	55,60%	100%

El profesional de enfermería como integrante esencial del equipo de salud, mantiene una relación estrecha con el paciente; motivo por el cual posee información valiosa que aporta con la evolución clínica del paciente; información transmitida a través de las notas de Enfermería y plasmada además en los registros de notificación de eventos; que sirve a la vez como un referente médico – legal, por ello es necesario no sólo el cumplimiento obligatorio de la notificación de eventos adversos, sino también de una exhaustiva evaluación y monitorización de los registros de notificación de eventos en cada servicio del Hospital Regional de Cajamarca.

Se observa en la tabla 01, que más de los profesionales de Enfermería (58,7%), notifican los errores descubiertos, los mismos que son corregidos antes de afectar al paciente, 56.7%, notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente y 55.60% notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente

podrían haber dañado al paciente. Dichos resultados reflejan claramente la falta grave en omitir u ocultar información, que en muchos casos puedan incrementar la incidencia de errores y/o aparición de EAs evitables.

Según los discursos, los profesionales de Enfermería poseen una cultura de descuido en el control, llenado, seguimiento y monitorización de registros de eventos adversos, evidenciándose por el desinterés y desconocimiento del propio personal de Enfermería en asumir responsabilidad frente a la seguridad del paciente; tal como lo refieren en la categoría 04: ***Descuido en el llenado de registros***; a través del cual se muestra que los profesionales de Enfermería no prestan interés al llenado de registros de eventos que puedan presentarse en el servicio:

J ...”*Sí, registros existen... por ahí deben estar, pero a veces lo llenamos, a veces no se llena, solo cuando hay supervisión .jajajaj, ...*”( *Enf. Elena*)

En concordancia con Perez, M.J., A et al (2007) en su estudio sobre el desarrollo y evaluación de herramientas para la seguridad del paciente incorporadas en la gestión de procesos asistenciales determinan que, estableciendo un sistema de notificación se disminuiría los EAs, para ello es necesario trabajar en la información y sensibilización de todo el equipo de salud. Así mismo Skodová. M.J., Velasco Rodríguez, M.A., (2008), recomiendan programas de sensibilización y formación de los profesionales.

Por tanto los profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca se encuentran carentes de sensibilización e información sobre la importancia y trascendencia de contar con herramientas de notificación y de lograr una actitud proactiva, la cual conduzca a la instauración de una cultura basada en la prevención de eventos adversos en el paciente y se procure notificar cualquier situación negativa que

se presente en el servicio y no sólo los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente. Situación que no contribuye a mejorar la calidad de atención.

**Sección A: Resultados de la Cultura de Seguridad.**

**Tabla 02. Dimensión: Percepción de seguridad de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

<b>Dimensión</b>	<b>Muy en Desacuerdo/ en Desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo/ muy de acuerdo</b>	<b>Total</b>
Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	41.2%	10,3%	48,5%	100%
Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	2,4%	10,3%	77,3%	100%
No se producen más fallos por casualidad.	21,6%	10,3%	68,0%	100%
En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente”.	20,6%	17,5%	61,9%	100%

La tabla muestra que 77,3% de los profesionales de Enfermería perciben que sus procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia, pese a ello 61,9% reconocen que en su unidad existen problemas con la seguridad del paciente; situación que se ve reflejado con un 41.2% quienes afirman que se aumenta el ritmo del trabajo sin importar sacrificar la seguridad del paciente. Estamos frente a una situación en la que el profesional de Enfermería se encuentra en un dilema; por un

lado, la predisposición e intención de éstos para salvaguardar la seguridad del paciente resulta ser positiva (a través de su procedimientos y medios de trabajo); pero sin embargo, al incrementarse la demanda de pacientes, éstos deben trabajar más rápido poniendo en peligro la seguridad del paciente en forma circunstancial. Así mismo, lo que resulta inconsistente y contradictorio es que 68 % de profesionales de enfermería atribuyan la aparición de fallas/errores a la casualidad o simplemente a la suerte del propio paciente; lo cual se estaría demostrando la fuerte debilidad percibida en los profesionales que eleva el riesgo para la exposición de los pacientes a eventos adversos, esto al no asumir su responsabilidad y rol protagónico en brindar una atención humanizada e individualizada, en pos de una atención segura y de calidad, sin fallos por casualidad, que permita brindar seguridad y mejorar la credibilidad y confianza institucional en todos los niveles de atención.

Esta situación, se mejora cuando los profesionales de Enfermería se esfuerzan por atender al paciente, como se observa desde la mirada cualitativa, donde las enfermeras brindan atención al paciente, dicha atención se ve reflejada en las diversas acciones que diariamente ejecutan; así surgen la categoría 03 sobre: ***“Acciones para el cuidado de la seguridad del paciente”***, a través del cual se evidencia actividades básicas en seguridad el paciente desarrolladas por los profesionales de enfermería:

- ) *“...Cumpro con los protocolos desde el lavado de manos, la individualización, etc.....”*. (Enf.Nery).
- ) *“...Mucho cuidado con la cadena de frio, 5 correctos en la administración de medicamentos...”*. (Enf. María).
- ) *“...Al paciente se les exige su implementos personales de higiene y educamos al paciente siempre acerca de la transmisión de enfermedades”*. (Enf. Lucia).
- ) *“...Al paciente se le realiza su higiene personal todos los días”*. (Enf. Patricia).

) *“...Cuidado de canalizar las vías cada 72 días para evitar que se infiltren, hago auditorías a las historias clínicas...”*. (Enf. Lourdes).

) *“..Tengo cuidado con la identificación del paciente y diagnóstico, en el control estricto de Chek List del paciente...”*. (Enf. Pascuala).

Como se puede observar, las referencias vertidas por los profesionales de Enfermería sobre la seguridad del paciente se avocan a actividades netamente asistenciales, restando importancia a las actividades preventivo - promocionales, dirigidas a educar y concientizar al paciente, familia y demás profesionales de la salud, a prevenir y/o mitigar ocurrencia de eventos adversos durante la asistencia sanitaria; por ello la percepción que poseen estos profesionales sobre seguridad del paciente es básico y deficiente.

Es necesario aclarar que no se pone en duda el grado de conocimiento (aptitudinal) que los profesionales de Enfermería poseen en seguridad del paciente; sin embargo, las actitudes que muestran durante la atención, obligan a cuestionar el grado de insensibilidad humana a través de una atención mecanizada, situación que conduce al paciente a la incertidumbre y al temor, al recibir una atención de Enfermería.

Esta situación debe ser mejorada desde la formación profesional tal como lo señala Torrea, B., Noriega, M. (2011) en su investigación sobre Análisis de la Percepción de los alumnos de Enfermería en la Seguridad del Paciente y la Importancia de la Reincorporación en el Aprendizaje, en la cual señala que los alumnos de Enfermería desconocen aspectos básicos sobre la seguridad clínica, así mismo recalca que las recomendaciones básicas de seguridad emitidas por la OMS, no trasciende al ámbito educativo, el cual debería constituirse en materia de competencia transversales que garanticen la obligatoriedad de su cumplimiento.

**Sección B: Dimensiones de la cultura a Nivel de Unidad/ Servicio.**

**Tabla 03. Dimensión: Acciones de la dirección que promueven la seguridad en los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

<b>Dimensión</b>	<b>Muy en desacuerdo/en desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo/ muy de acuerdo</b>	<b>Total</b>
Mi jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	22,1%	22.2%	55,7%	100%
Mi jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	10,0%	22.8%	67.2%	100%
Cuando aumenta la presión del trabajo, mi jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	22,7%	9,3%	68%	100%
Mi jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	72,2%	10,3%	17,5%	100%

En la tabla, se observa que 72,2% de los profesionales de Enfermería afirma que su jefe no pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente, porque además éste toma en cuenta las sugerencias que se le hacen respecto al tema (67,2%); pero al mismo tiempo pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (68%). Situación que demostraría que la Dirección del Hospital Regional de Cajamarca no promueve

acciones encaminadas a la seguridad del paciente, que sus acciones se encaminan a los resultados más no a la prevención de riesgos durante el proceso de atención al paciente. Frente a esta situación es necesario priorizar acciones inmediatas en la adopción de medidas correctivas; como refiere el Ministerio de Salud y Política social, Madrid - 2009 y Gómez O - 2011, en el cual se enfatiza el análisis concienzudo y crítico frente a la adopción de una cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario como base de una atención humanizada y segura; asimismo, el segundo describe la amplia intervención del profesional de enfermería como profesional más directo al paciente, la percepción del personal de enfermería que labora en las diferentes unidades no es suficiente para garantizar la prestación del servicio de un manera óptima, lo cual se traduce en el incremento de sobrecarga horaria que impacta negativamente en la percepción del personal en cuanto al ambiente propicio para que desarrollen conductas uniformes que garanticen y favorezcan la cultura de seguridad <sup>19,44</sup>.

Lo descrito se refleja en la categoría 01: ***El tiempo versus número de pacientes y número de enfermeras para la atención***, configurado a través de los siguientes testimonios:

- ) *“...la cantidad de enfermeras no depende de nosotros sino de la gerencia del hospital, se explica que no sólo su paciente existe en el servicio sino que debemos repartirnos para que nuestra atención llegue a todos (Enf. Clara).*
- ) *“...Con toda sinceridad a veces si el tiempo me da,.. completo las tareas de la enfermera anterior pero de lo contrario no (Enf. Andrea).*

A pesar de los esfuerzos realizados y las buenas intenciones que tienen los profesionales de Enfermería en cubrir las expectativas de todos los pacientes; poco o nada pueden hacer, frente a la Dirección del Hospital Regional que no promueve seguridad al

paciente, lo cual se refleja en la débil toma de decisiones en proporcionar a los servicios y al profesional de Enfermería apoyo y todas las herramientas necesarias que garanticen una atención segura y de calidad.

Así mismo se destaca la categoría 07, mostrando la existencia de ***Conflictos en los procesos gerenciales***, obedeciendo a motivaciones e intereses de grupos, los cuales no valoran menos priorizan la seguridad del paciente y de su propio recurso humano en sus planes de dirección nosocomial, tal cual lo manifiestan las siguientes enfermeras:

) “ .. *La gerencia se dedica a más a buscar especialistas, en adquirir material, descuidando el recurso humano*”. (Enf. Tania).

) “... *Son muchos los conflictos muchos los conflictos con los que la actual gerencia se enfrenta, conflictos gremiales...pero nadie se preocupa por la seguridad del apciente.es verdad este tema es poco tomado... tal vez la gerencia empiece a tomar nota y priorizar este tema...no?* (Enf. Rosa).

De igual manera, de los discursos se desprende que la situación muestra un panorama crítico y controversial; por un lado el jefe pone atención a las múltiples sugerencias que el personal de Enfermería sugiere, pero no toma acciones correctivas para disminuir la incidencias de EAs, por el contrario prioriza situaciones como conflictos políticos y/o de interese particulares, restando importancia al tema de la seguridad del paciente. Y mientras tanto, el riesgo cada día es aún mayor, no sólo para el paciente sino también para el propio personal de enfermería y equipo de salud. Por tanto, el profesional de Enfermería al ver que sus sugerencias son ignoradas, no encuentra otra alternativa que continuar trabajando bajo presión, con agotamiento físico, mental y espiritual.

## Sección B: Dimensiones de la cultura a Nivel de Unidad/ Servicio.

**Tabla 04. Dimensión: Aprendizaje organizacional/mejora continua de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

<b>Dimensión</b>	<b>Muy en desacuerdo/en desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo/muy de acuerdo</b>	<b>Total</b>
Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	23,7%	20,6%	55,7%	100%
Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	24,7%	4,1%	71,1%	100%
Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	37,1%	13,4%	49,5%	100%

La tabla muestra que 71,1% de los profesionales de Enfermería consideran que al detectar un fallo en la atención al paciente se realizan medidas correctivas, apropiadas para evitar que ocurra de nuevo; sin embargo, solo el 49,5% de éstos considera que los cambios que realizan para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad: y corroborando esta deficiencia tenemos que apenas el 55,7% afirma tener actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.

Se puede notar que los profesionales de Enfermería a nivel de unidad o servicio perciben que al detectar un fallo en la atención al paciente procuran realizar medidas correctivas, apropiadas para evitar que ocurra de nuevo, pero en su mayoría refiere no evaluar estos cambios para comprobar su efectividad, y sólo algunos profesionales realizan actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente; lo que significa que sus aprendizajes respecto a los eventos adversos que pueden haber experimentado no

serán tomados en cuenta por los profesionales de Enfermería para la mejora continua y la instauración de una cultura de seguridad del paciente.

Por tanto, desde un punto de vista personal y como investigadora afirmo que, las estrategias encaminadas a la seguridad del paciente se aplican, pero de una manera irregular, es decir el afán y preocupación de la dirección se encamina al producto y no a mitigar o erradicar errores latentes durante el proceso de atención, motivo por el cual no existe control y monitoreo de las actividades que coadyuvan a mejorar una cultura basada en la educación constante basada en la prevención de riesgos.

Esta situación es contrastada con la categoría 06: ***Servicios no implementados con materiales y equipos:***

- ) “La gerencia nos da los implementos, pero no supervisa si se cumple.” (Enf. Tatiana).
- ) “...era mi primer día de trabajo en el servicio de Cirugía, un paciente presentó un paro y no había un coche paro implantado allí, tuve que ir a emergencia a conseguir (Enf. Sonia).
- ) “...pese a que el hospital es nuevo... aún falta implementar materiales, insumos y personal, no sólo enfermeros y eso para mí afecta la seguridad del paciente”... (Enf. Hilda).

Las manifestaciones de los profesionales de Enfermería ayudan a ratificar la crítica situación del clima de seguridad del Hospital Regional de Cajamarca y las condiciones en las que laboran los profesionales, condiciones que no garantizarían la seguridad al paciente; pues carecen no sólo de material y equipos acorde con la necesidad de la demanda de paciente, sino que además no se evidencia un proceso de aprendizaje y mejora continua por parte de los jefes de áreas y mucho menos de la Dirección, para

superar las deficiencias y/o carencias en los servicios basado desde la educación y fomento de una actitud proactiva y dinámica dirigida a la seguridad del paciente.

Por ello es de suma importancia confirmar la necesidad de unificar criterios de actuación a través de la formulación, actualización y educación de protocolos y estándares de actuación clínica, como adopción urgente de medidas de contingencia frente a eventos y sucesos adversos, por ello la Agency for Healthcare Research and Quality, 2004, estipula que la percepción de una cultura de seguridad se encuentra compuesta por un conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que buscan minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias, convirtiéndose en una actividad cada vez más compleja, en la cual interviene factores inherentes a la actuación humana y a las condiciones de ésta <sup>31</sup>.

Al respecto Germán Fajardo – Dolci (2010), en su estudio: Cultura de Seguridad del Paciente en Profesionales de Salud – México, sustenta que incrementar acciones institucionales urgentes, no sólo en aspectos de conocimiento de cada profesional de la salud, sino en la parte de la comunicación interpersonal es base para mejorar el aprendizaje organizacional, superar errores potenciales que pongan en peligro la salud del paciente.

Situación que involucra la toma de decisiones de las autoridades en salud, administrativos y todos profesionales de la salud en todos los procesos y niveles de atención, teniendo como de único objetivo la calidad de atención al paciente procurando su recuperación inmediata y consecuentemente la disminución de gastos económicos innecesarios para la familia y el establecimiento de salud.

## Sección B: Dimensiones de la cultura a Nivel de Unidad/ Servicio.

**Tabla 05. Dimensión: Trabajo en equipo en el servicio de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

Dimensión	Muy en desacuerdo/en desacuerdo	Indiferente	De acuerdo/ muy de acuerdo	Total
El personal se apoya mutuamente.	30,9%	15,5%	53,6%	100%
Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	25,7%	17,5%	56,7%	100%
En éste servicio nos tratamos todos con respeto.	10,3%	15,5%	74,2%	100%
Cuando alguien está sobrecarga de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	33,0%	16,5%	50,5%	100%

La tabla revela que en las unidades de trabajo los profesionales de Enfermería se tratan con respeto (74,2%); de ellos 56,7% refiere que cuando tienen mucho trabajo, colaboran todos como un equipo para poder terminarlo y 53,6% considera que el personal se apoya mutuamente. Parecería ideal el desarrollo del trabajo en equipo; sin embargo, se observa y con preocupación que 30,9% se opone rotundamente a las versiones anteriores, sin contar con un significativo 15,5% que pone en tela de juicio dicho grado de solidaridad que reina entre el equipo de profesionales de enfermería.

De acuerdo a experiencias vividas durante la labor profesional, dentro del equipo de salud no se encuentra oculto la existencia de cierto grado de celo profesional entre enfermeras, la existencia de conflictos que van desde los cotidianos hasta conflictos

legales, que repercuten directa o indirectamente en la atención del paciente. Al respecto Florencia Nigthingale refiere: *“Una enfermera deber ser la persona en la quien se puede uno fiar, en otras palabras, capaz de ser enfermera de confianza... No puede ser chismosa, ni ligera charlatana; nunca debe contestar preguntas sobre su enfermo;... debe ser estrictamente moderada y honesta, pero, más que esto, debe ser una mujer religiosa y devota; ha de respetar su propia vocación....”* <sup>27</sup>.

Si bien, es cierto los profesionales de Enfermería siempre han mostrado disposición y compromiso por la seguridad del paciente y por mejorar de manera continua los procesos de atención que brinda; las causas atribuibles a este cambio de percepciones personales dirigidos a la actuación y relación interpersonal demuestra lo contrario; situación que repercute negativamente en la seguridad del paciente, por lo que es preciso recordar el Código de Ética y Deontología de Enfermería, que describe: *“las relaciones humanas con sus compañeros debe ser de respeto, de trabajo en equipo, apoyándose mutuamente”* <sup>45</sup>.

Lo manifestado es corroborado por las enfermeras en su entrevista cualitativa, que dejan en evidencia las dificultades por las que atraviesan para lograr realizar un trabajo en equipo; la existencia de relaciones interpersonales defectuosas entrelazadas con una sobrecarga de trabajo y la poca disposición de los colegiados de Enfermería para desarrollar trabajo solidario, se ve reflejada en la categoría 05: ***Es incómodo hacer el trabajo de otros:***

) *“...es incómodo y trabajoso a veces resolver o completar el trabajo de la colega del anterior turno, inclusive acciones hechas no sólo por colegas “nuevas” sino también por aquellas que viene trabajando aquí muchísimos años ... y claro eso afecta directamente a la seguridad del paciente. No “(Enf. Lucrecia).*

- J *“... trabajo con personas casi profesionales, que no se involucran en el sistema se trabajó... en estas últimos concursos han ingresado muchas pero les falta muchos por aprender y ellas son las que cometen los errores y me afecta obviamente .....a mi trabajo y a la fama...” (Enf. Teresa).*
- J *“... Acá todas hacen carga montón, todas se lavan las manos” (Enf. Josefa).*
- J *“... cumplo mi turno y me voy, no me pagan por hacer más de lo que ya hago (risas, muestra prisa)...o arreglar trabajos de irresponsables, pero a pesar de eso se llevan los laureles... (Enf. Silvia).*

El profesional de Enfermería que descalifica y más aún critica destructivamente la acción desarrollada por otro profesional de Enfermería, no hace más que desmerecer la carrera humanista y los principios éticos - morales en el cual se basa y fundamenta la profesión. Esta actitud negativa, egoísta que invade hoy el espíritu de muchos profesionales de Enfermería reflejaría la falta de identidad profesional y el desinterés de realizar trabajo en equipo.

Las defectuosas relaciones interpersonales evidenciadas y/o referidas por los mismos profesionales de Enfermería, restan credibilidad y objetividad al desempeño y quehacer profesional. Tales circunstancias generadas en un círculo vicioso, representan un sistema de atención que atenta contra la seguridad del paciente y del propio equipo de salud. Por ello es oportuno, la intervención de las autoridades competentes. De otro lado, durante la formación de profesionales de Enfermería los maestros universitarios tienen una actuación importante en este tema, y contribuir con la recuperación del sentido y quehacer del profesional de Enfermería, a través de una educación y motivación permanente en relación al fomento del trabajo en equipo basado en el respeto, la solidaridad y la entrega al cuidado del paciente.

## Sección B: Dimensiones de la cultura a Nivel de Unidad/ Servicio.

**Tabla 06. Dimensión: Franqueza en la comunicación de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

<b>Dimensión</b>	<b>Muy en desacuerdo/en desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo/ muy de acuerdo</b>	<b>Total</b>
Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	18,6%	20,6%	60,8%	100%
El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	33,0%	19,6%	47,4%	100%
El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	29,9%	13,4%	56,7%	100%

La tabla muestra que 60,8% de los profesionales de Enfermería poseen libertad para opinar sobre cualquier situación que afecte al paciente; sin embargo 52,6% no puede cuestionar las decisiones de sus superiores, más aún hacer preguntas respecto a algún hecho defectuoso (56,7%). Situación que lleva a cuestionar la política institucional de dicho nosocomio no sólo en cuanto a la franqueza en la comunicación basada en la confianza y en el respeto, sino también en el desarrollo de un trabajo en equipo.

Dichos resultados demuestran la situación difícil en la que se encuentran los profesionales de Enfermería para cumplir a cabalidad sus funciones, no sólo desde el plano profesional sino también de relaciones interpersonales. Es necesario enfatizar que la labor que desempeña el personal de Enfermería se sustenta en un campo fuertemente

profesionalizado a nivel de colaboración, debido que poseen capacidades, destrezas y conocimientos con bases científicas, procurando brindan al paciente un cuidado humanizado. Por otro lado, es cuestionable la actitud negativa y de egoísmo que muestra los jefes de servicios, al intentar menospreciar y aislar el trabajo de los profesionales de Enfermería al no considerar la opinión, sugerencias de estos profesionales a favor de la seguridad del paciente.

Los conflictos a nivel de la gerencia/ dirección del Hospital Regional de Cajamarca y las políticas que emanan de ellas afecta y agrava la franqueza en la comunicación, pues se debe tener en cuenta que una de las fortalezas que posee esta institución es su recurso humano, recurso que debe valorar, elogiar, pero, sobre todo, respetar. Desde esta mirada es necesario que los profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca cambien de actitud e interés para mejorar el sistema de comunicación eficaz, el cual contribuya a corregir estas deficiencias en la apropiación, interpretación, transferencia y evaluación de registros y/o eventos adversos evitables; y también mejorar las relaciones interpersonales.

Al respecto el estudio de Aranaz, A. (ENEAS), la comunicación de los resultados disponibles permite informar con honestidad, franqueza y transparencia a la sociedad, pacientes y medios de comunicación sobre los riesgos asistenciales y las medidas que se pueden tomar para evitarlos, hecho que favorecerá un cambio cultural entre los profesionales, que facilite la promoción de la cultura proactiva para la seguridad del paciente <sup>14</sup>.

## Sección B: Dimensiones de la cultura a Nivel de Unidad/ Servicio.

**Tabla 07. Dimensión: Feed back y comunicación sobre errores de los profesionales de enfermería del HRC, 2013.**

<b>Dimensión</b>	<b>Muy en desacuerdo /en desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo/ muy de acuerdo</b>	<b>Total</b>
Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	20,6%	10,3%	69,1%	100%
Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	10,3%	10,3%	79,4%	100%
En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	5,2%	10,3%	84,5%	100%

Observamos que 84.5% de profesionales de Enfermería afirman que en sus servicios discuten la forma de cómo puede evitar que un error vuelva a ocurrir, 79.4% son informados de los errores que ocurren, así como las medidas tomadas (69.1). Mantener informado al personal de Enfermería reflejaría un aparente progreso en el fomento de una cultura de prevención basada en la comunicación de errores, sin embargo, su actuación estaría limitándose a ser simples receptores de la información, pues su participación estaría reflejando pasividad y limitada pro-actividad.

Por lo tanto, para que se establezca una adecuada comunicación de errores, se debe contar obligatoriamente con la retroalimentación de la información, esto va a permitir una mayor participación e involucramiento de los profesionales de Enfermería y equipo de salud en general en el planteamiento de estrategias que disminuya la probabilidad de

ocurrencia de errores durante la atención al paciente. Así mismo es importante involucrar en la discusión a quienes refieren no estar informados de las ocurrencias de errores, situación que afectaría aún más la seguridad del paciente y la deficiente estructuración institucional de la comunicación retroalimentación de errores.

Uno de los factores que favorece a la ocurrencia de errores en forma permanente se encuentra en la inadecuada estructuración del proceso de atención y/o diseñado con enfoque sistemático deficiente, lo cual favorece a la aparición de fallas latentes en todo el proceso sistemático de la atención al paciente, un ejemplo de la ocurrencia de ello está formulada en el modelo del queso suizo propuesto por Reason; en el cual las fallas y/o errores presentados desde una primera instancia de la atención al paciente, consecutivamente repetido por una segunda y otra tercera potencializa la aparición de un error. Por ello es que los errores están sujetos no sólo a ser cometidos en el plano asistencial sino también en lo administrativo, en direccionalidad del profesional de Enfermería desde las instancias educativas universitarias, en el uso inadecuado de la tecnología médica, en el factor humano relacionado con el estrés, la fatiga y la falta de sueño de las personas, etc <sup>29</sup>.

## Sección B: Dimensiones de la cultura a Nivel de Unidad/ Servicio.

**Tabla 08. Dimensión: Respuesta no punitiva a los errores de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

<b>Dimensión</b>	<b>Muy en desacuerdo /en desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo/ muy de acuerdo</b>	<b>Total</b>
Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	43,3%	18,6%	38,1%	100%
Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	37,1%	10,3%	52,6%	100%
Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	2,1%	10,3%	87,6%	100%

La tabla muestra que 52,6% de profesionales de Enfermería refieren que, al detectarse un fallo o un error durante la atención al paciente, antes de buscar la causa buscan el culpable y peor aún, si lo ocurrido queda registrado en su expediente (87,6%), para posteriormente ser utilizado como una represalia (38.1%).

Si bien es cierto, la condición humana está ligada al error en cualquier actividad y el ejercicio práctico de la medicina no es la excepción. ¿Pero qué pasa si la ocurrencia de errores se da en el equipo del sistema de salud y en forma consecutiva? y qué sucede, si la víctima es otro ser humano, el cual es sometido a EAs y/o errores evitables? Lamentablemente estamos formando parte de una cultura punitiva y no proactiva, generando temor a ser culpados y humillados públicamente; motivo por el cual, el camino más seguro es el ocultamiento de hechos o simplemente, optar por

responsabilizan a una segunda o tercer apersona; generando un hábito que impide el reconocimiento sincero de los errores cometidos.

En contraste a las respuestas anteriores, se evidencia que, frente a un error cometido, rápidamente se busca el culpable o simplemente los involucrados optan por ocultar la verdad de los hechos, tal como se muestra en la categoría 08: **Buscando culpables:**

- ) *“..pero algo malo, malo no, no ha pasado en mi servicio no.” (Enf. Lucrecia).*
- ) *“Errores?....., claro se cometen, por algo soy humana, pero las tareas se hacen simultaneas con otro colega y muchas veces nos falta franqueza para decir la verdad y todos pagamos por ellos”.(Enf. Cinthia).*
- ) *“Acá todas hacen carga montón y todas se lavan las manos...” (Enf. Carmen).*

Las acciones del profesional de Enfermería que terminan en equivocación o en mala praxis, son juzgadas, penados y registrados en sus hojas de vida, tachando el honor y la imagen profesional; a la vez generando críticas a nivel personal institucional y social. Como se puede analizar en los discursos, los profesionales de Enfermería no asumen un error cometido, evadiendo responsabilidad y peor aún, se atreven a culpar a otros, al sistema de atención o simplemente proceder en base a la complicidad laboral, poniendo en evidencia la creciente debilidad de la ética profesional en decir la verdad sin temer inclusive a la ley.

Al respecto Škodová, M.J., Velasco Rodríguez, M.A., (2008), recomiendan promover programas de sensibilización y formación de los profesionales e implantar sistemas de registros de eventos adversos.

**Sección B: Dimensiones de la cultura a Nivel de Unidad/ Servicio.****Tabla 09. Dimensión: Dotación del personal; de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

<b>Dimensión</b>	<b>Muy en desacuerdo/en desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo/ muy de acuerdo</b>	<b>Total</b>
Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	68,0%	8,2%	23,7%	100%
A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	0,00%	22,2%	77,8%	100%
En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	20,6%	16,5%	62,9%	100%
Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa.	10,3%	10,3%	79,4%	100%

En la tabla se observa que 68,0% de los profesionales de Enfermería indican que uno de las grandes deficiencias que poseen se encuentra atribuido a la falta de personal para afrontar la alta demanda de pacientes, razón por la cual no se puede proporcionar la mejor atención porque la jornada laboral es agotadora (77,8%), lo cual a su vez significa trabajar bajo presión (79,4%). Esto demuestra a lo que no sólo se expone la integridad del paciente, sino también la integridad física y mental del mismo profesional de Enfermería y equipo de salud en su conjunto.

De acuerdo al estudio de investigación realizada por la Agency For Healthcare Research and Quality <sup>31</sup>, la importancia de dotar de mayor número de profesionales de Enfermería para la atención asistencial, se asocia con una menor mortalidad relacionada con la hospitalización, el fracaso de paro cardiaco, neumonías adquiridas y otros eventos adversos.

Las siguientes expresiones, muestran un panorama más amplio y claro de la falta de dotación de profesionales de Enfermería, a través de la categoría 01: ***tiempo versus número de pacientes y número enfermeras para la atención.***

) “...la cantidad de enfermeras no depende de nosotros sino de la gerencia del hospital, se explica que no sólo un paciente existe en el servicio sino que debemos repartirnos para que nuestra atención llegue a todos (Enf. Clara).

) “.....ni bien termino de dar tratamiento tengo que llenar documentación.... en el servicio existe un promedio de 35 paciente por turno. Imagínese, por ello no me doy abasto para brindar al paciente toda la atención necesaria que se merece, a veces priorizo el diagnóstico del paciente (Enf. Sonia).

La falta de dotación repercute directamente en la calidad de atención que profesional de Enfermería brinda al paciente; situación que escapa de la voluntad de éstos. Por ello resulta cuestionable la burocracia institucionalizada a través de planes resolutivos ineficientes e ineficaces del Hospital Regional de Cajamarca, pues reflejan el desinterés por la seguridad del paciente y del cuidado de sus trabajadores; como lo describe las enfermeras a través de sus discursos, pues la dotación de personal no se encuentra acorde con la excesiva demanda de paciente, lo cual obliga a los profesionales de Enfermería brindar una atención mecanizada y con una mayor probabilidad de que el paciente sufra algún daño durante la atención recibida.

## Sección B: Dimensiones de la cultura a Nivel de Unidad/ Servicio.

**Tabla 10. Dimensión: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente; de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

<b>Dimensión</b>	<b>Muy en desacuerdo/en desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo/ muy de acuerdo</b>	<b>Total</b>
La dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	11,10%	11.10%	77,80%	100%
La dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	11,10%	22,2%	66,70%	100%
La dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	22,20%	22,20%	55,60%	100%

En la tabla se muestra que, 77,8% de los profesionales de Enfermería manifiestan que la Dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece a la seguridad del paciente, y que éstos a la vez muestran con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (66,70%); sin embargo, 55,60% refieren que sólo se interesan por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso. Situación que pone en evidencia la desarticulación de estrategias y planes de contingencia del Hospital Regional de Cajamarca, dirigidas a salvaguardar la seguridad del paciente.

Al respecto, el Ministerio de Salud y Política Social, recomienda la necesidad de una actitud más proactiva por parte de la gerencia de seguridad del paciente, en todo establecimiento de salud, así como el cumplimiento de las normativas de seguridad del

paciente debe estar impulsado por la gerencia, la misma que generará motivación en los trabajadores <sup>19</sup>; en concordancia a la Organización Mundial de la Salud <sup>8</sup>.

Al contrastar los resultados con la mirada cualitativa a través de la categoría 07: **Conflictos en los procesos gerenciales**, permite cuestionar el interés de la dirección del Hospital Regional de Cajamarca en instaurar una política basada en la seguridad de paciente; por el contrario, es evidente que sus prioridades centran en intereses personales y descuidando el recurso humano:

- J) *“..la gerencia se dedica más en buscar especialistas, en adquirir materiales, descuidando al recurso humano,.....la gerencia nos da implementos pero no supervisa si se cumple... (Enf. Tania).*
- J) *“...Son muchos los conflictos con los que la actual gerencia se enfrenta, conflictos gremiales... pero nadie se preocupa por la seguridad del paciente. es verdad este tema es poco tomado... tal vez la gerencia empiece a tomar nota y priorizar este tema ..no? (Enf. Rosa).*
- J) *“... Se politiza la salud de las personas, los gerentes trabajan a conveniencia de un grupo. Descuidando este tema tan importante para todos... en vez de estar peleando la gerencia debería implementar un servicio de orientación al paciente....(Enf. Cinthia)*
- J) *“... Los pacientes reclaman que trabajamos muy lento, trato de explicarles que la cantidad de enfermeras no dependía de nosotros sino de la gerencia del hospital, explicándole además que no sólo su paciente existe en el servicio sino que debemos repartirnos para que nuestra atención llegue a todos”(Enf. Clarita).*

De igual manera la categoría 06: *Servicios no implementados con falta de materiales y equipos*, demuestra la necesidad de que las autoridades competentes tomen acciones inmediatas para evitar la ocurrencia de eventos adversos. El Hospital Regional de Cajamarca, al encontrarse carente de equipos y materiales, indispensables para la atención segura, imposibilita a los profesionales de la salud mitigar los daños potenciales a causa de dichas deficiencias, por ello la capacidad de toma de decisiones y planes resolutivos de la dirección es necesario y urgente para mejorar esta situación, tal como las versiones indican:

- J) *“...era mi primer día de trabajo en el servicio de Cirugía, y un paciente presentó un paro y no había un Coche de Paro implementado allí, tuve que ir a emergencia a conseguir (Enf. Sonia)*
- J) *“...pese a que el hospital es nuevo... aún falta implementar equipos, insumos y personal, no sólo enfermeros y eso para mí afecta la seguridad del paciente”... (Enf. Hilda).*

Con las manifestaciones de los profesionales de Enfermería pone en tela de juicio el óptimo funcionamiento del nuevo nosocomio cajamarquino, pues no sólo se requiere contar con un equipo profesional altamente capacitado, sino que también la implementación y equipamiento se encuentre acorde con la demanda de los pacientes, ellos acuden para ser atendidos y ponen la confianza el profesional y en la institución; sin embargo, en la emergencia se puede observar las carencias y debilidad del servicio y de la institución.

### Sección C: Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital.

**Tabla 11. Dimensión: Trabajo en equipo entre servicio; de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

<b>Dimensión</b>	<b>Muy en desacuerdo/en desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo/muy de acuerdo</b>	<b>Total</b>
Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	15,5%	12,4%	72,1%	100%
Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.	10,3%	20,6%	69,1%	100%
Los diferentes servicios del hospital no se coordinan bien entre ellas.	18,6%	12,4%	69,0%	100%
Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios.	75,2%	6,2%	18,6%	100%

Se aprecia en la tabla que 72,1% y 69,1% de los profesionales de Enfermería afirman trabajar en conjunto y de forma coordinada entre servicios para poder proporcionar una mejor atención. Contrariamente, 69,0% manifiestan que entre los diferentes servicios no existiría una adecuada coordinación. Tal controversia, conlleva a cuestionar el eficiente trabajo en equipo entre unidades del Hospital Regional de Cajamarca; pues recordemos que el trabajo realizado por el equipo de salud, necesariamente debe ser un trabajo basado en la colaboración y coordinación con los diferentes servicios con el fin de brindar al paciente la mejor atención.

Los profesionales de Enfermería en relación a la seguridad del paciente deben desarrollar múltiples acciones en base a la gestión para la calidad del cuidado, fomentando una filosofía del cambio y desarrollo de actividades que involucre a todos los trabajadores de las diferentes áreas y servicio de salud, las cuales generen y fortalezcan el cumplimiento de la visión y la misión del trabajo en equipo.

La labor en equipo es multidisciplinario y coordinado, debe ser sistemático acorde con lineamientos institucionales en la búsqueda de una mejora continua de los procesos de atención a la salud dirigidos a reducir la probabilidad de que ocurran errores de medicación, infecciones nosocomiales u otro tipo de lesiones y a aumentar la probabilidad de detectarlos cuando ocurren e implantación de una cultura de responsabilidad y rendimiento de cuentas respecto a la calidad y la seguridad ante el paciente (efectividad clínica), la ciudadanía (eficiencia social) y el sistema sanitario (ética profesional y eficiencia de técnica y de gestión) <sup>2</sup>.

## Sección B: Dimensiones de la cultura a Nivel de Unidad/ Servicio.

**Tabla 12. Dimensión: Cambios de turno/transición entre servicios; de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

<b>Dimensión</b>	<b>Muy en desacuerdo/en desacuerdo</b>	<b>Indiferente</b>	<b>De acuerdo/ muy de acuerdo</b>	<b>Total</b>
La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde un servicio a otro.	50,5%	17,5%	32,0%	100%
En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	51,5%	18,6%	29,9%	100%
El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	54,6%	12,4%	33,0%	100%
Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	71,1%	10,3%	18,63%	100%

La tabla muestra que los profesionales de Enfermería niegan la pérdida de información del paciente cuando estos son transferidos de servicio (50,5%), apoyado por 71,1% quienes niegan que los problemas en la atención al paciente surgen como consecuencia de cambios de turno, a su vez 54,6% considera no encontrar problemas en el intercambio de información entre los servicios. Dicha contradicción revelaría la existencia de conflictos internos, el cual no sólo involucraría a los profesionales de Enfermería sino a todo el equipo de salud.

Son variadas las circunstancias por las cuales el manejo adecuado de la información se puede ver alterada; ya sea por una equivocada interpretación del mensaje debido a una distracción del receptor o por las circunstancias del medio. Transmitir una información equivocada del paciente puede representar la ocurrencia de un evento adverso e inclusive la muerte de éste. De allí la importancia de una adecuada comunicación en el momento del reporte verbal o escrito en relación al estado de salud del paciente; además esta información es vital también desde el punto de vista médico legal.

Otro aspecto que merece analizar, es el clima laboral; cuyas situaciones defectuosas inducidas por la falta de motivación personal y gremial hacen que exista tendencia a la pérdida de información valiosa acerca de la evolución del paciente en el momento del reporte verbal y/o escrito. Situación evidenciada, no sólo por la ejecutora del presente estudio de investigación, sino también por las manifestaciones vertidas por los pacientes y familiares de éste.

**Tabla 13. Debilidades en relación a la Cultura de Seguridad de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

Dimensión	Pregunta (Ítem)	Acuerdo	(%)
Percepción de seguridad	No se producen más fallos por casualidad.	+,++	68,0
	En esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente”.	+,++	61,9
Acciones de la dirección/supervisión que promueven la seguridad	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	+,++	68,0
Franqueza en La comunicación	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	+,++	56,7
Respuestas no punitivas a los errores	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	+,++	52,6
	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	+,++	87,6
Dotación de personal	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	+,++	77,8
	En ocasiones no se presta la mejor atención porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	+,++	62,9
	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	+,++	79,4
Apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente.	La dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	+,++	55,6

La tabla muestra las debilidades en relación a la cultura de seguridad de los profesionales de Enfermería. Se puede observar que una de las dimensiones que presentó respuestas preocupantes y que pone en mayor riesgo a la seguridad del paciente es la falta de dotación de personal con (73.4%), seguido de respuestas no punitivas a los errores (70,15%), acciones de la dirección que promueven la seguridad (68,0%) y finalmente percepción de seguridad (64,9%).

Estos resultados respaldan la falta de dotación de personal de Enfermería para afrontar las jornadas agotadoras y el trabajo bajo presión que desarrollan actualmente este grupo de profesionales, como una necesidad prioritaria y necesaria. De igual manera para instaurar una cultura proactiva, en contraposición a la cultura de castigo y culpa; por el contrario, se requiere que este grupo de profesionales aprendan a reconocer precozmente sus errores, para poder utilizarlos como material de aprendizaje y mejora continua, sin dejar de lado la responsabilidad directa que posee la Dirección del Hospital Regional de Cajamarca en la toma de acciones correctivas encaminadas a promover una cultura organizacional basada en la seguridad del paciente y por último invocar a la conciencia de cada profesional de Enfermería en asumir responsablemente un rol protagónico y de cambio para mejorar la percepción que poseen sobre la seguridad del paciente, evitando atribuir la ocurrencia de errores a la casualidad o al destino; por el contrario asumir responsabilidades inherentes al perfil profesional.

Es necesario reforzar el presente análisis mediante los discursos, configurados en la categoría 02: **Responsabilidad para la seguridad del paciente**, en el cual los profesionales de Enfermería hacen mención a la responsabilidad que tienen sobre la seguridad del pacientes:

- ) *“...todos somos responsables y estamos involucrados en la seguridad del paciente (Enf. Justina).*
- ) *“..... Claro, nuestra formación es humanista, reconocemos y valoramos al individuo en forma integral y tenemos bien presente el peligro a los que está expuesto durante su estancia hospitalaria y de igual manera nosotras como personal que más cercanos estamos a ellos (Enf. Demetria).*

Con los discursos queda claro que los profesionales de Enfermería son conscientes del rol protagónico que ejercen en la atención al paciente, pero pese a ello y desde la mirada cuantitativa el ocultamiento de los errores prevalece en ellos como un tabú, por lo cual es difícil sentirse señaladas como autoras o cómplices de una equivocación, sin considerar lo valioso que pueda resultar sus reportes para evitar que los errores vuelven a ocurrir. Por tanto, es necesario evitar que el temor afecte al compromiso que se asume el profesional de Enfermería, en la atención al paciente; al contrario, es preciso rescatar el valor de la verdad, uniendo esfuerzos para reafirmar con hechos nuestro compromiso profesional en cuanto a la seguridad del paciente.

Las debilidades observadas en esta dimensión reflejan la grave situación en la que se coloca la seguridad del paciente, por lo que se debe evitar eludir la responsabilidad directa del profesional de Enfermería y de la Dirección del Hospital Regional de Cajamarca y reconocer la importancia de asumir responsabilidades para mejorar sus actuaciones con los pacientes. Estas debilidades deben ser superadas a la brevedad posible con la intervención de todos los actores de dicho nosocomio. Pérez, MJ., Iruretagoyena, ML., Gonzales, LR., Cantero, A et al (2007) recomienda seguir trabajando en la información y sensibilización de todos los profesionales de salud y en la integración del sistema de notificación diseñado en el sistema de no conformidades utilizado habitualmente en la gestión de procesos.

**Tabla 14. Oportunidad de mejora en relación a la Cultura de Seguridad de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

<b>Sección</b>	<b>Dimensión</b>	<b>(%) Global</b>
Resultados de la Cultura de Seguridad	➤ Frecuencia de eventos Notificados	73,5
	➤ Percepción de Seguridad	
Dimensiones de la Cultura de Seguridad a Nivel de Servicio	➤ Aprendizaje organizacional/mejora continua.	63,8
	➤ Trabajo en equipo en los servicios.	
	➤ Franqueza en la comunicación.	
Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente a nivel de todo el hospital	➤ Apoyo de la gerencia del hospital en la Seguridad del Paciente.	53,4
	➤ Trabajo en equipo entre servicios	
	➤ Problemas en el cambio de turno y transición entre servicios.	

Se observa en la presente tabla dimensiones que garantizan oportunidades de mejora en el sistema de atención del Hospital Regional de Cajamarca, con la concurrencia de autoridades que favorezcan el quehacer del profesional de Enfermería en el servicio y en la atención al paciente. A nivel global 73,5% representa una expectativa favorable en mejora en cuanto a la percepción de seguridad y frecuencia de eventos notificados a través de los ítems: frecuencia de eventos notificados y percepción de seguridad; así mismo se observa que 63,8% augura una mejora en cuanto a la dimensión de seguridad a nivel de unidad/servicios, a través de los ítems concernientes a la comunicación, aprendizaje organizacional, trabajo en equipo y apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente; finalmente 53,4% de acciones encaminadas a lograr una cultura de

seguridad del paciente a nivel de todo el hospital está dado por los ítems: trabajo en equipo entre unidades y problema de cambio de turno y transición.

Si bien son 08 las dimensiones que reflejan la existencia de deficiencias en las cuales aún falta reforzar políticas y estrategias que logren motivar y concientizar a los profesionales de Enfermería; son de igual manera dimensiones que merecen ser elogiados, por ser muestra de un trabajo organizado e institucionalizado en proceso de mejora. Los resultados obtenidos son similares en relación al estudio de investigación realizado por el Ministerio de Sanidad y Política Social 2009, cuyos resultados muestran que de las 12 dimensiones analizadas, 10 de ellas calificaban como oportunidad de mejora, de igual manera resaltamos la investigación realizada en Bogotá por Gómez O., Arenas W., en la cual 9 fueron las dimensiones que presentan oportunidad de mejora <sup>44</sup>.

**Tabla 15. Fortalezas en relación a la cultura de seguridad de los profesionales de Enfermería del HRC, 2013.**

Dimensión	Pregunta	Acuerdo	%
Percepción de seguridad	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	+,++	77,3
Acciones de la dirección/supervisión que promueven la seguridad	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	+,++	67,2
Aprendizaje organizacional/mejora continua	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	+,++	71,1
Trabajo en equipo en esta unidad/servicio	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	+,++	74,2
Franqueza en la comunicación	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	+,++	60,8
Retroalimentación y comunicación sobre errores	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	+,++	79,4
	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar Que un error vuelva a ocurrir.	+,++	84,5
Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente.	La gerencia o la dirección del Hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	+,++	77,8
Trabajo en equipo entre unidades/servicios	Hay una buena cooperación entre las unidades /servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	+,++	72,1

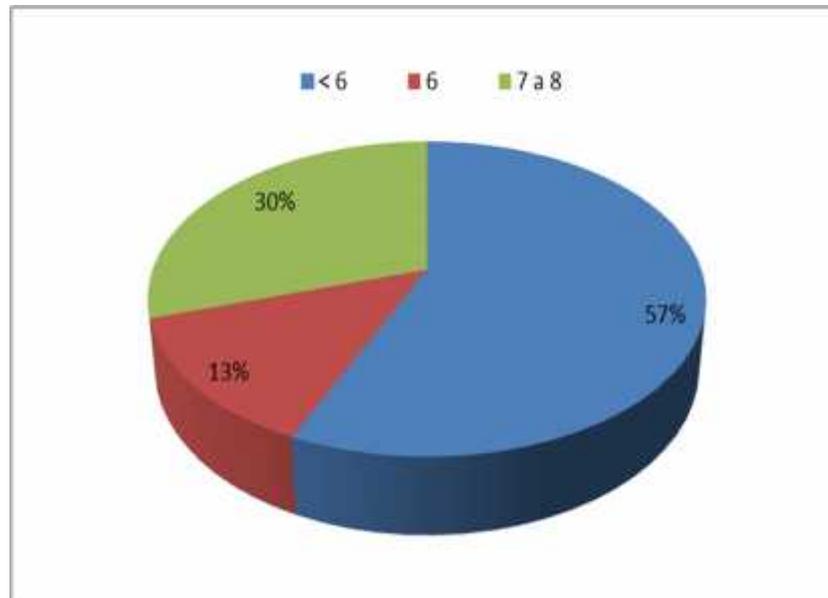
En la tabla, califican como fortalezas las dimensiones concernientes a la retroalimentación y comunicación sobre errores con 81,9% (ítems: se nos informa sobre errores que ocurren en éste servicio y en mi servicio discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir), seguido de la dimensión apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente 77,8% (ítem: la dirección del hospital facilitan un

clima laboral que favorece la seguridad del paciente); percepción de seguridad con 77,3% (nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia) y dimensión sobre trabajo en equipo en éste servicio con 74,2% (en ésta unidad todos nos tratamos con respeto).

Estas dimensiones representativas, cuyos ítems han logrado un calificativo de fortaleza para la cultura de seguridad del paciente, reflejan y respalda el trabajo institucional forjado no sólo por los sujetos del estudio. Estos avances favorables comprometen a todo el equipo de salud a continuar desplegando esfuerzos, pese a los múltiples conflictos y carencias existentes en dicho nosocomio, con la finalidad de lograr la tan ansiada cultura de seguridad del paciente.

Desde la visión cualitativa, se ha podido determinar que los profesionales de enfermería reconocen estar sujetos a cometer errores durante la atención al paciente y además valoran la necesidad de trabajar en equipo; destacando también la necesidad urgente de realizar investigaciones con el objetivo de plantear estrategias y/o alternativas de mejora en los cuidados del paciente. Es así que, acciones para el cuidado y responsabilidad para la seguridad del paciente son categorías que respaldan la iniciativa de los profesionales de Enfermería para la seguridad del paciente.

**Gráfico 01. Calificación del Clima de Seguridad del Paciente según los profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.**



Los profesionales de Enfermería otorgaron una calificación de 6 al clima de seguridad del paciente, con un porcentaje de 57% de los participantes; con lo cual se reafirma la preocupante situación en la que se encuentra la cultura de seguridad del paciente del Hospital Regional de Cajamarca, basado desde la percepción de los profesionales de Enfermería. En contraste a este resultado, en el estudio realizado por el Ministerio de Salud y Política Social (2009), el clima de seguridad del paciente fue calificado con 7; 25% de los casos otorgan una calificación por debajo de 6, 25% por encima de 8 y el 50% entre 7 y 8 <sup>19</sup>.

Lograr instituir un clima de seguridad involucra una amplia gama de actividades, las cuales deben estar basadas no sólo en el aprendizaje continuo de los profesionales de Enfermería sino también de equipo multidisciplinario de salud, además de proporcionar ambientes de trabajo óptimos que garanticen la seguridad del paciente.

Este trabajo debe realizarse bajo un sistema de control administrativo, el cual no sólo emita decretos, sino que también detecte oportunamente deficiencias en los procesos, plantee alternativas de mejora. Por ello el compromiso para mejorar el clima de seguridad, debe empezar por la autocrítica de cada uno de los profesionales de Enfermería que contribuya a lograr este propósito.

De otro lado, las autoridades tienen la responsabilidad de desarrollar una gestión acorde a las normas de calidad y seguridad del paciente durante su cuidado. Estas normas deben estar apoyadas en una filosofía del cambio en la cultura organizacional partiendo de la concientización y percepción de seguridad del paciente, por parte de los integrantes del equipo multidisciplinario del Hospital Regional de Cajamarca.

**Tabla 16. Tiempo de desempeño laboral del profesional de Enfermería en el Hospital Regional de Cajamarca, 2013.**

<b>N° de Enfermeros ( a)</b>	<b>Tiempo laborando</b>	<b>(%)</b>
21	< de 1 año	23,7
20	1 – 2 años	20,6
23	2 – 5 años	23,7
24	5 – 10 años	24,7
09	de 10 años	9,3
97		100

Como se puede observar, 44,3% de los profesionales de Enfermería poseen un tiempo laboral de 1 a 5 años, 24,7% superior a 5 años, 23,7% tiene un tiempo laboral menor a 1 año. Así mismo cabe resaltar que en el presente estudio sólo se tuvo la participación del 9.3% de enfermeras que laboran en la institución por un tiempo mayor a los 10 años.

Al respecto hoy en día, los profesionales de Enfermería son cada vez más conscientes, de que la práctica clínica, la habitualidad y experiencia profesional no son suficientes para poder prestar al paciente y a la sociedad cuidados de calidad, que además estén avalados por la evidencia científica, ya que los cuidados de Enfermería han mejorado considerablemente a raíz de la introducción de medidas para su desarrollo, tales como la formación continuada; la gestión asistencial de cuidados; la elaboración de planes de cuidados, que permiten registrar las intervenciones enfermeras y garantizar la continuidad e individualidad de los cuidados; la elaboración de protocolos, tan

necesarios para unificar y consensuar criterios entre los profesionales y poder evaluar nuestras acciones aumentando nuestra responsabilidad, disminuyendo las posibles complicaciones, reduciendo y gestionando los costes e incorporando la posibilidad de su revisión periódica para introducir los cambios que sean necesarios.

La experiencia profesional aporta muchos conocimientos y adiestramiento adicional al ejercicio laboral, y desde la metodología cualitativa se ha podido analizar el desempeño laboral versus experiencia profesional, encontrando que las enfermeras con mayor tiempo de servicio, han sido quienes se han mostrado más integradas e involucradas en la seguridad del paciente a diferencia de las enfermeras con menos años de servicio en la institución, originándose un problema evidente en la educación y perfil vocacional de la futura generación de profesionales de Enfermería.

A pesar de las diferencias en el tiempo de servicios, los profesionales de Enfermería están en condiciones de desarrollar el ejercicio profesional en forma óptima a través de la investigación y del proceso de enfermería basada en la evidencia (EBE), punto álgido dentro de nuestra profesión, ya que, carecemos de estudios innovadores que aporten conocimientos al quehacer diario del enfermero <sup>42</sup>.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1.CONCLUSIONES**

Los principales hallazgos en la investigación fueron los siguientes:

1. Los profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca, poseen una percepción global deficiente, lo cual se evidencia por la instauración de una cultura de punición y el reconocimiento que en su servicio existen problemas con la seguridad del paciente, al aumentar el ritmo de trabajo sin importar sacrificar la calidad de atención del paciente y al reconocer que no se producen más fallas de seguridad por casualidad.
2. Las dimensiones que determinan la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de Enfermería se reflejan en respuestas no punitivas a los errores (70,1%), dotación del personal (75%), frecuencia de eventos notificados (55,6%), percepción de seguridad (64,9%) y acciones de la dirección que promueven la seguridad (68%).
3. Las dimensiones que permiten identificar debilidades, las oportunidades de mejora y las fortalezas, sobre la cultura de seguridad del paciente en los profesionales, más relevantes son:

- **Debilidades**, representado por dos dimensiones: dotación de personal, a través de los ítems: trabajo bajo presión (79,4%), falta de dotación de personal (68,0%), ocultamiento de error cometido (87,6%), no se produce más fallos por casualidad (68,0%) y por la dimensión: respuestas no punitivas a los errores, con el ítem: Cuando de comete un error, el personal teme que eso quede en sus expedientes (87,6%).
  
- **Oportunidades de mejora**, a través de 08 dimensiones: frecuencia de eventos notificado y percepción de seguridad (73,5%), aprendizaje organizacional/mejora continua, trabajo en equipo en los servicios, franqueza en la comunicación, apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad de paciente (63,8%), trabajo en equipo entre servicios y problemas en el cambio de turno/transiciones entres servicios (53,4%).
  
- **Fortalezas**, se muestra en la dimensión retroalimentación y comunicación sobre errores en los ítems: se informa y discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (84,5%), la dimensión apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente (77,8%), el trato en el servicio es respetuoso (74,2%), los procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (77,3%).

4. Las situaciones vividas por los profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca, se configuran en 09 categorías: el tiempo versus número de pacientes y enfermeras para la atención, responsabilidad para la seguridad del paciente, acciones para seguridad del paciente, descuido en el llenado de registros, descontento e incumplimiento del trabajo, servicios no implementados con materiales y equipos, conflictos en los procesos gerenciales,

buscando culpables por los errores cometidos, falta de capacitaciones e inducción al campo laboral por parte de la jefatura que han contribuido a la contratación de la información obtenida en el cuestionario auto administrado.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

1. A los profesionales de Enfermería, reafirmar su vocación profesional aprendiendo a reconocer sus potencialidades, debilidades; a la vez a identificar oportunamente situaciones que pongan en riesgo la seguridad del paciente.
2. A la directora (r) de la Escuela Profesional de Enfermería, se sugiere la creación de la unidad didáctica en seguridad del paciente, que ayude a fortalecer conocimientos teóricos – práctico e incrementar las potencialidades espirituales y sociales de estudiantes como futuro profesional de Enfermería.
3. A los directivos del Colegio de Enfermeros de Perú, Consejo Regional XIII – Cajamarca, promover un sistema de comunicación permanente con los colegiados, para debatir temas de vital importancia como la seguridad del paciente, la falta de identidad profesional y las defectuosas relaciones interpersonales, evidenciadas a través de las experiencias referidas por los sujetos del estudio.

4. Al director (a) del Hospital Regional de Cajamarca, poner en práctica el sistema de notificación de eventos adversos y promueva estrategias de aprendizaje organizacional dirigidos a la instauración de una cultura de seguridad del paciente.
  
5. A los estudiantes de pre y post grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, línea: Salud Pública; promover y sociabilizar investigaciones científicas que apoyen la estructuración de protocolos y guías de práctica clínica referidas a la seguridad del paciente, contribuyendo a disminuir los eventos adversos e incrementar la calidad de atención en los servicios de salud.

## LISTA DE REFERENCIAS

1. Chavarri Venegas David. Hacia una cultura de seguridad del paciente. Rev. Peruana SUNASA; Pag: 1 - 19. Disponible en:  
<http://www.sunasa.gob.pe/educacion/DetalleCursos.asp?codigo=2585&tipo=Reuni%F3n%20de%20trabajo&tipodoc=149>. Consultado 2/09/ 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la Atención en la seguridad del paciente. Rev. OPS. Vol 10, N°3, 2002. Disponibel en URL:  
[http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/l\\_Conferencia/06docasamblea.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/l_Conferencia/06docasamblea.pdf). Consultado 20/02/2012.
3. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 143-2006/ sobre Normas Técnicas Sanitarias para la Seguridad del Paciente. Lima, Perú 2008. Consultado 15/02/2012.
4. Ministerio de Salud. Calidad es Salud y Seguridad del Paciente. Bol. Informativo MINSA 2010; p:1-3. Consultado 06/05/2012. Disponible en URL:  
[http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad\\_salud/index.html](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/calidad_salud/index.html).
5. Brenna TA, Leape LL, Laird N, et al. Incidence of adverse events and negligence in- Hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study I. N Eng. J Med. 1981; 304: 638 - 42. Consultado 13/08/2010.
6. The National Quality Forum. Safety Practices for Better Healthcare. A Consensus port. NQF, Washington, 2003; 28(2, 3). Disponible en:  
[http://www.qualityforum.org/News\\_And\\_Resources/Press\\_Kits/Safe\\_PracticesforBetter\\_Healthcare.aspx](http://www.qualityforum.org/News_And_Resources/Press_Kits/Safe_PracticesforBetter_Healthcare.aspx). Consultado 22/12/2013.
7. Ministerio de Salud. Dirección de Salud de las Personas: II Curso Taller sobre la Seguridad del paciente. 20 – 23 de Junio 2008. Lima, Perú: OPS/MINSA; 2006. Consultado 22/10/2011.

8. Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención en la Seguridad del paciente. Informe de la secretaria: 55° Asamblea Mundial de la Salud. 113/37:3 Ginebra, 2003. Disponible en: [www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA55/sa5513.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/sa5513.pdf). Consultado 25/03/2011.
9. Tashakkori, A. and Teddlie, C. Handbook of mixed methods in social and behavioral research. Journal of mixed methods research, Octubre 1, 2012. p. 379-391. Consultado 05/09/2013.
10. Day, R. Psicología de la Percepción Humana. Editorial Linnus a Wiley S.A. México D.F 1984; p.14 – 25. Consultado 18/11/ 2012.
11. Norman, D.A y Bebrow, D.G. El Procesamiento de la información. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós 1975. p. 44-64. Consultado 11/11/2012.
12. Meléndez, J. Programa de intervención para la mejora de la autopercepción en Jubilados. Servicios de Publicaciones de la Universidad de Valencia (seriado en línea) 1996; 18:109 -114. Consultado 30/08/2013. Disponible en: <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/intervautopercep.pdf>.
13. Neisser, R. La Percepción: Procesos Cognoscitivos y Realidad. Madrid, España: Ed. Marova, 1981.p. 38-44. Disponible en: <http://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>. Consultado 15/01/2013.
14. Aranaz, JM., Aibar, C., Vitaller, J., Ruiz, P. “Estudio nacional sobre los efectos Adversos ligados a la hospitalización”. Una revisión crítica. Med Clín (Barcelona) 2004; 123(1): 21-5 (modificado). Consultado 20/11/2013.
15. Ortiz, Z. La seguridad del paciente como centro de atención. Academia Nacional de Medicina 2005. p.1-3. Consultado 11/08/2012. Disponible en Web: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/editorial10.pdf>.

16. World Health Organization Informe Técnico Definitive. Marco Conceptual International para la Seguridad del Paciente: Prácticas Seguras para los Pacientes, USA 2009. (3 paginas). Consultado 12/05/2012. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icpsfullzeportes.pdf>17.
17. Sarah. Felknor, et.Al. Safety Climate Association With Injures and Safety Practices in Publics Hospitals in Costa Rica. International Journal of Occupational and Environmental Health. Texas, USA. 2000. p. 18 -25. Consultado 12/08/2013.
18. The National Quality Forum: Safe Practices for Better HealthCare. Colombia, 2007; 39(4). Consultado 12 may, 2012. Disponible en: [http://www.google.com.pe/url?url=http://www.ces.edu.co/index.php/component/docman/doc\\_download/257-cultura-de-la-seguridad-del-paciente.pdf](http://www.google.com.pe/url?url=http://www.ces.edu.co/index.php/component/docman/doc_download/257-cultura-de-la-seguridad-del-paciente.pdf).
19. Ministerio de Sanidad y Política Social – España. Análisis de la Cultura sobre Seguridad del Paciente en el Ámbito Hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Centro de Publicaciones. Madrid. 2009, p. 18 – 28. Consultado 05/02/2010.
20. Samitier, Pablo. El pensamiento del enfermero, de Kérouac, S. et al. (comentario del libro). Enfermería Comunitaria (Rev. Digital) 2009, 5(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n1/ec6961.php>. Consultado 14/09/2011.
21. Watson, J. Ciencia Humana y Cuidado Humano: Una Teoría de Enfermería. New York. Editorial Elsevier Mosby, 1988. Pág. 27-35, 1988. Consultado 11/08/2013.
22. Montes Valverde, M. Un modelo fundamentado en el amor para la asistencia y el cuidado de enfermería. Cali – Colombia. Editorial Mc Graw Hill 1999; p.14-73. Consultado 12/01/2013.
23. Marriner Tomey, A. Guía de gestión y dirección de enfermería. España. Editorial Elsevier, 2009. Cap. I, p. 07-13. Consultado el 05/02/2012.

24. Ortega C, Suárez M. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación. México, DF: Editorial Médica Panamericana; 2006.p. 22(3). Consultado 08/05/2013.
25. Sorra, JS., Nieva, VF. Hospital Survey on Patient Safety Culture. AHRQ. Publication N° 04 - 0041. Rockville, MD: Agency for Healthcare. Research and Quality, USA September 2004. p.16 (3). Consultado 12/12/2013.
26. León Román Carlos Agustín. La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. Revista Cubana Enfermería. La Habana, Cuba 2006, 22(3). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22\\_3\\_06/enf07306.html](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol22_3_06/enf07306.html) . Consultado 15/05/2012.
27. Iyer, P. Proceso de enfermería y diagnósticos en enfermería. Madrid: Editorial Interamericana Mc Graw Hill 1997; p2. Disponible en: <http://www.slideshare.net/nadiezhdal/analisis-de-las-teoras-de-Enfermera>. Consultado 06/05/2013.
28. Khon, LT., Corrigan, JM., Donaldson, MS. To err is Human: Building a safer Health System. Committee on Health Care in America. Institute in Medicine. Nacional Academia Press. Washington (DC), USA 2000. p. 145(4-19). Consultado 20/12/2012.
29. Aranaz, JM., Limon, R., Requena, J., Gea, MT., Núñez, Grupo de trabajo del Proyecto IDEA. Incidencia e impacto de los Efectos Adversos en dos Hospitales. Rev. Calidad Asistencial. España 2005; 20:53-60. Consultado 10/05/2012.
30. Horna, V. Yllenque, P. Concepciones y Valores del cuidar/Cuidado Humano desde la Perspectiva de la Bachiller de Enfermería. Tesis para optar el título de Lic. En Enfermería. Trujillo, Perú: Universidad Nacional de Trujillo, 2002. Consultado el 06 Agosto, 2013.

31. Patient Safety Culture Survey. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville MD, USA, 2003; 39(12-18). Disponible en: <http://www.ahrq.gov/qual/hospculture/com>. Consultado 12/02/2013.
32. Magalhaes, M. y Javier, F. Investigación cualitativa en los Servicios de Salud. Buenos Aires, Argentina: Editorial Harcourt Mosby, 2007; 125(16-33). Consultado 01/10/ 2012.
33. Breilh, Jaime .Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación: Guía Pedagógica para un Taller de Metodología. 3era ed. Quito. Lugar Editorial 1997; 219 (85- 102). Consultado 07/05/2013.
34. Campbell, D. T. y Fiske, D. W. Convergent and Discriminant Validation by Multitrait - Multimethod Matrix. Psychological Bulletin. N. 56. USA 1959; p. 81-105.Consultado el 08/06/2012.
35. Arrivillaga Quintero, Psicología y Salud Pública: Tensiones, Encuentros y Desafíos. Editorial Vía a Pance, Cali, Colombia, 2009; 118-250. Consultado 20/06/2013.
36. Polit, D. y Hungler, B. Investigación Científica en los Servicios de Salud. Editorial Interamericana S.A. México 1994; 125(12-35). Consultado 08/03/2013.
37. Hernández, S.; Fernández, C.; Baptista, P. Metodología de la investigación científica. 2º ed. México: Mc Graw Hill: 2001; p.42 (12-14). Consultado 07/06/2013.
38. Instituto Nacional de Estadística e Informática (2011). Disponible en: <http://www.tcr.gob.pe/docs/sucursales/trujillo/cajamarca-caracteristicas.pdf>. Consultado 29/08/2014.
39. Glasser, B. y A. Strauss. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research: Aldine Publishing Company, Cap. 3: Muestreo Teórico. New York; pp. 45-77.1967. Consultado 05/05/2012.

40. Mella, O. Naturaleza y Orientaciones Teórico- Metodológicas de la Investigación Cualitativa. Editorial Trillas, México 1998; p. 4-11, 15-41. Consultado 08/05/2010. Disponible en:  
[http://www.aristidesvara.net/pgnWeb/metodologia/disenos/metodocualitativo/invescu\\_alitativaaristidesvara.pdf](http://www.aristidesvara.net/pgnWeb/metodologia/disenos/metodocualitativo/invescu_alitativaaristidesvara.pdf).
41. Bilbao, I., March, J., Prieto, M. Diez aportaciones del empleo de la Metodología cualitativa en una auditoria de comunicación interna en atención Primaria. Rev. Esp. Salud Pública. España. 2002; 76 (5): 483 – 492. Consultado 12/06/2013.
42. De La Cuesta, C. Características de la Investigación Cualitativa y su Relación con la Enfermería. Investigación Educativa de Enfermería. México 1997; 15 (2): 13 – 23. Consultado 05/09/2013.
43. Orlandi, Eni Pulcinelli. Analisis e Discurso. Editora da universidad Estadual de Campinas. São Paulo 2002; p. 64. Consultado 12/04/2013. Disponible en:  
<http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1850-6662008000100003&scrip>
44. Garzón Jennifer. Arenas W, Gonzales L, Mateus Erika. Cultura de seguridad del paciente por el personal de enfermería. (Tesis para optar el grado de Lic. Enfermería), Bogotá – Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2011. Consultado 12/06/2013.
45. Colegio de Enfermeros de Perú. Código de ética y Deontología: la enfermera y el código de honor. Perú, 2005; p. 171, 178 – 179. Disponible en:  
<http://www.cep.org.pe/beta/download/codigoeticadeontologia.pdf>. Consultado 10/05/2013.

## APÉNDICE



### **APÉNDICE 01**

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO, LIBRE Y ESCLARECIDO**

#### **PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO**

##### **Título del estudio de investigación:**

“Percepción de los profesionales de Enfermería sobre la seguridad del paciente del Hospital Regional de Cajamarca, 2013”.

##### **OBJETIVO:**

Determinar y analizar la percepción del profesional de Enfermería sobre la seguridad del paciente en el Hospital Regional de Cajamarca, 2013.

Yo....., identificado con DNI  
N° ....., mostrando mi concordancia con la Lic. Roxana Inés Araujo Chávez, acepto participar en la investigación y entrevista grabada, con la seguridad, reserva y confidencialidad de la información, y que mi identidad no sea revelada y habrá libertad de participar o retirarme en cualquier fase de la investigación

Cajamarca.....de.....2013

## APÉNDICE 02



### Dimensiones de la Cultura de Seguridad del paciente contenidos en el cuestionario auto administrado

<b>A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD</b>	
<b>Frecuencia de eventos notificados</b>	<p>Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (P. 40).</p> <p>Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (P. 41).</p> <p>Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (P. 42).</p>
<b>Percepción de Seguridad</b>	<p>Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso complica sacrificar la seguridad del paciente (P.15).</p> <p>Nuestro procedimiento y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (P.18).</p> <p>No se producen más fallos por casualidad (P. 10).</p> <p>En este servicio hay problemas relacionados con la seguridad del paciente (P.17).</p>
<b>B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DEL SERVICIO.</b>	
<b>Expectativas y acciones de la dirección del servicio que favorecen la seguridad.</b>	<p>Mi jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (P. 19).</p> <p>Mi jefe tiene en cuenta, seriamente las sugerencias que le hace el personal, para mejorar la seguridad del paciente (P. 20).</p> <p>Cuando aumenta la presión del trabajo, mi jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (P. 21).</p> <p>Mi jefe pasa por alto problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (P. 22).</p>

<p><b>Aprendizaje organizacional/mejora continua.</b></p>	<p>Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (P. 6).</p> <p>Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurran de nuevo (P. 9).</p> <p>Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (P. 13).</p>
<p><b>Trabajo en equipo en el servicio.</b></p>	<p>El personal se apoya mutuamente (P. 1)</p> <p>Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (P. 3).</p> <p>En este servicio nos tratamos todos con respeto (P. 4).</p> <p>Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (P.11).</p>
<p><b>Franqueza en la comunicación</b></p>	<p>Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (P.35).</p> <p>El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (P.37).</p> <p>Personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho en forma incorrecta (P.39).</p>
<p><b>Feed-back y Comunicación sobre errores.</b></p>	<p>Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (P. 34).</p> <p>Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio (P. 36).</p> <p>En mi servicio discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (P. 38).</p>
<p><b>Respuesta no punitiva a los errores.</b></p>	<p>Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (P. 8).</p> <p>Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable” (P.12).</p> <p>Cuando de comete un error, el personal teme que eso quede en sus expedientes (P.16).</p>

<p><b>Dotación de personal.</b></p>	<p>Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (P. 2).  A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (P. 5).  En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal (P. 7).  Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas con demasiada prisa (P. 14).</p>
<p><b>Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.</b></p>	<p>La dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (P. 23).  La dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (P. 30).  La dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en sus pacientes (P. 31).</p>
<p><b>C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL</b></p>	
<p><b>Trabajo en equipo entre servicios.</b></p>	<p>Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente (P.26).  Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (P.32).  Los diferentes servicios del hospital no se coordinan bien entre ellas (P.24).  Trabajar con personal de otros servicios (P.28).</p>
<p><b>Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicio</b></p>	<p>La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde un servicio a otro (P. 25).  En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (P.27).  El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (P.29).  Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (P.33).</p>

## APÉNDICE 03



### **Cuestionario sobre la Seguridad del Paciente**

**Versión Adaptada Del Hospital Survey Safety Culture**

**(Agency for Healthcare Research and Quality AHRQ)**

Le solicitamos su opinión sobre temas relacionados a la Seguridad del Paciente y posibles incidentes ocurridos durante el desempeño de su labor asistencial en el Hospital Regional de Cajamarca, sólo demorará 15 minutos de su valioso tiempo.

**A. Incidente:** cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas y/o procedimiento, la cual puede producir daño o no al paciente.

**B. Seguridad del Paciente:** ausencia de lesiones prevenibles producidas durante el proceso asistencial.

**El cuestionario es estrictamente confidencial, se respetará su anonimato.**

**Instrucciones:** marque con una cruz o aspa su respuesta dentro del recuadro correspondiente:

## SECCION A: Su Servicio

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



<b>ALTERNATIVAS:</b>	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal se apoya mutuamente.	1	2	3	4	5
2. Existe suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	1	2	3	4	5
3. Cuando hay mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminar a tiempo.	1	2	3	4	5
4. En este servicio nos tratamos todos con respeto.	1	2	3	4	5
5. A veces no se brinda una mejor atención al paciente, debido a que el turno es agotador.	1	2	3	4	5
6. Desarrollamos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
7. En ocasiones no se presta mejor atención al paciente debido a que el personal no es estable.	1	2	3	4	5
8. Si el jefe del servicio se entera de que se ha cometido un error, esto es utilizado como una represaría.	1	2	3	4	5
9. Cuando se detecta al fallo en la atención del paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que vuelva a ocurrir.	1	2	3	4	5
10. No se produce más fallos, sólo por casualidad.	1	2	3	4	5
11. Cuando algún compañero está con sobrecargado de trabajo. Los demás le apoyan.	1	2	3	4	5
12. Cuando se detecta algún fallo, primero se busca el culpable antes que la causa.	1	2	3	4	5
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	1	2	3	4	5
14. Trabajamos bajo presión, para realizar sobrecarga de trabajo.	1	2	3	4	5
15. Nunca se incrementa el ritmo de trabajo si eso implica poner en riesgo la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5

16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su currículum vitae.	1	2	3	4	5
17. En este servicio existen problemas relacionados con la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son adecuados para evitar errores en el paciente.	1	2	3	4	5
19. El jefe del servicio, expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
20. El jefe del servicio tiene en cuenta, las sugerencias que le hacemos llegar en cuanto a la mejora de la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
21. Se discute y debate frecuentemente sobre nuestros errores con nuestros compañeros del servicio.	1	2	3	4	5
22. El jefe del servicio, no le otorga importancia al tema de seguridad del paciente.	1	2	3	4	5

### SECCION B: Su Hospital

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

ALTERNATIVAS:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
23. La dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
24. No existe una adecuada coordinación entre los servicios del hospital	1	2	3	4	5
25. La información de los pacientes se altera, cuando estos son transferidos a otro servicio.	1	2	3	4	5
26. Existe una buena cooperación entre servicios quienes trabajan en forma conjunta.	1	2	3	4	5
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1	2	3	4	5

28. Resulta incómodo tener que trabajar con personal de otro servicio.	1	2	3	4	5
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1	2	3	4	5
30. La dirección del hospital muestra con hechos reales que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1	2	3	4	5
31. La dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún evento adverso a un paciente.	1	2	3	4	5
32. Los servicios trabajan en forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención al paciente.	1	2	3	4	5
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1	2	3	4	5

### SECCION C: Comunicación en su Servicio

Indique por favor con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio.

ALTERNATIVAS:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informar sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1	2	3	4	5
35. Cuando el personal detecta alguna situación que pueda afectar al paciente durante la atención, habla de ellos con total libertad.	1	2	3	4	5
36. Se nos informa sobre los errores que ocurren en este servicio.	1	2	3	4	5
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	1	2	3	4	5
38. En mi servicio discutimos de qué manera se puede evitar que un error no se repita.	1	2	3	4	5
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	1	2	3	4	5

40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	1	2	3	4	5
41. Se notifican los errores que previsiblemente o van a dañar al paciente.	1	2	3	4	5
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	1	2	3	4	5
43. Cuando se recibe verbalmente orden de tratamiento, cuidados o procedimientos a realizar, el personal que las recibe repite en voz alta la orden recibida a quien la emite, para asegurarse que ha sido bien comprendida.	1	2	3	4	5
44. Se elaboran informes y resúmenes de historias clínicas de memoria, sin tener el documento en físico (análisis, medicación, etc.).	1	2	3	4	5
45. Cuando se recibe verbalmente órdenes sobre tratamiento, cuidados o procedimientos a realiza, el personal que las recibe anota en el documento clínico que corresponde.	1	2	3	4	5
46. Antes de realizar una nueva prescripción se revisa el listado de medicamentos que está teniendo administrado al paciente.	1	2	3	4	5
47. Todos los cambios de medicación son comunicados de forma clara y rápida todos los profesionales implicados en la atención.	1	2	3	4	5
48. Cualquier información que afecte al diagnóstico del paciente es comunicada de forma clara y rápida todos los profesionales implicados en la atención del paciente.	1	2	3	4	5
49. En aquellos pacientes con enfermedades terminales, brindamos una atención más esmerada (solo conteste si los tuviese).	1	2	3	4	5
50. Existen paciente con diagnóstico de cáncer, el tratamiento se lo imparte allí (conteste sólo si los tuviese).	1	2	3	4	5
51. Antes de que se le practique al paciente cualquier procedimiento quirúrgico, se le hace firmar un	1	2	3	4	5

consentimiento informado, previa información detallada del procedimiento a la cual va a ser sometido.					
---	--	--	--	--	--

**SECCION D: Información Complementaria.**

1. Califíque de cero a diez, el grado de seguridad del paciente en su servicio o unidad.											
Mínima	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	máxima
Seguridad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	seguridad

53. En qué año empezó a desempeñar su actual profesión?	
54. ¿en qué año empezó a trabajar en el Hospital Regional de Cajamarca?	
55. ¿Desde qué fecha labora en este servicio o unidad?	
56. ¿Cuántas horas a la semana trabaja en el hospital?	
57. Durante el último año. ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?	
58. ¿ En su unidad se mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes	
59. ¿ Ha sido Usted vacunado contra la gripe, hepatitis B?	SI..... NO....

60.Cuál es su servicio o unidad de trabajo:

- a. Hospitalización    b. Consultorios    c. Ginecología    d. Sala de operaciones.  
e. Emergencia.    f. Laboratorio Clínico    g. Farmacia.    H. Radiología.

61. Su puesto de trabajo actual es: .....

62. Tiene Usted un comentario adicional que desee compartir en cuanto a la seguridad del paciente (incidente, error, etc.), o sugerencia que considere necesario y oportuno realizar?

.....

Infinitas gracias, por su colaboración y veracidad

**Nota:** pasaremos a recoger el cuestionario de acuerdo a lo acordado.



## APÉNDICE 04

### Entrevista a Profundidad

**Objetivo:** Identificar la percepción sobre la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de Enfermería en el Hospital Regional de Cajamarca, 2013, en base a las situaciones vividas.

#### **I. Profesional de Enfermería**

1. Seudónimo: ..... 2. Edad: .....
3. Área/servicio de trabajo: ..... 4. Años laborales:.....

#### **II.- Preguntas Generadoras de Debate.**

- ❖ Describa cuáles son las prácticas sanitarias que Usted realiza en pos de la seguridad del paciente

.....  
.....

- ❖ Describa situaciones vividas en relación a la seguridad del paciente.....

.....

**Gracias por su colaboración**



**Ítems formulados negativamente en el cuestionario auto  
administrado**

<b>Dimensión</b>	<b>Ítems</b>
Frecuencia de eventos adversos notificados	ninguno
Percepción global de seguridad	10,17
Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio en apoyo de la seguridad	21,22
Aprendizaje organización/mejora continua	ninguno
Trabajo en equipo en la unidad/equipo	ninguno
Franqueza en la comunicación	39
Feed – back y comunicación sobre errores	ninguno
Respuestas no punitivas a los errores	8,12,16
Dotación de personal	5,7,14
Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del Paciente	31
Trabajo en equipo entre unidades	24,28
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	25,27,29,33

## APÉNDICE 06



Consistencia Interna de las Dimensiones de Cuestionario Auto administrado a los Profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.	
<b>SECCION A: RESULTADOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Alfa de Cronbach
Frecuencia de eventos adversos notificados	0.62
Percepción global de seguridad	0.71
<b>SECCION B: DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO.</b>	
Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio en apoyo de la Seguridad	0.60
Aprendizaje organización/mejora continua	0.70
Trabajo en equipo en la unidad/equipo	0.60
Franqueza en la comunicación	0.61
Feed – back y comunicación sobre errores	0.73
Respuestas no punitivas a los errores	0.60
Dotación de personal	0.68
Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente	0.62
<b>SECCION C: DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDA DEL PACIENTE A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL</b>	
Trabajo en equipo entre unidades	0.60
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	0.63

**Alfa de Cronbach: < a 0.6: aceptable, < 0.7: bueno, >0.8: excelente**

APÉNDICE 07



**Categorías sobre seguridad del paciente, según encuesta a profundidad, aplicado a los profesionales de Enfermería del Hospital Regional de Cajamarca, 2013.**

<i>Fases/Sub temas</i>	<i>Categoría</i>
<p>) <i>“..en cada servicio y por turno trabajo un máximo de 3 a 4, enfermeras. ...a veces priorizo el diagnóstico del paciente” (Enf. María).</i></p> <p>) <i>“...la cantidad de enfermeras no depende de nosotros sino de la gerencia del hospital, se explica que no sólo su paciente existe en el servicio, sino que debemos repartirnos para que nuestra atención llegue a todos (Enf. Clara).</i></p> <p>) <i>“...Con toda sinceridad a veces si el tiempo me da, completo las tareas de la enfermera anterior, pero de lo contrario no (Enf. Andrea).</i></p> <p>) <i>“.....ni bien acabo termino de dar tratamiento tengo que llenar documentación que eso me lleva mucho tiempo..... en el servicio existe un promedio de 35 paciente por turno. Imagínese, por ello no nos damos abasto para brindar al paciente toda la atención necesaria y que se merece..... a veces priorizo el diagnóstico del paciente (Enf. Sonia)</i></p>	<p>1. El tiempo versus número de pacientes y número de enfermeras para la atención</p>
<p>) <i>“....todos somos responsables e involucrados en la seguridad del paciente (Enf. Justina)</i></p> <p>) <i>“..... Claro. Nuestra formación es humanista, reconocemos y valoramos al individuo en forma integral y tenemos bien presente el peligro a los que está expuesto durante su estancia hospitalaria y de igual manera nosotras como personal que más cercano están a ellos (Enf. Perpetua).</i></p>	<p>2. Responsabilidad para la seguridad del paciente.</p>

<p>) "...Cumpro con los protocolos desde el lavado de manos, la individualización, etc. "(Enf. Nury)</p> <p>) "...Mucho cuidado con la cadena de frio, 5 correctos en la administración de medicamentos.... (Enf. María).</p> <p>) "...Al paciente se le realiza su higiene personal todos los días... (Enf. Lucila).</p> <p>) "...Cuidado de canalizar las vías cada 72 días para evitar que se infiltren, hago auditorías a las historias clínicas... ( Enf. Petroila)</p> <p>) "...Al paciente se les exige su implementos personales de higiene y educamos al paciente siempre acerca de la transmisión de enfermedades....." (Enf. Lourdes).</p> <p>) "..Tengo cuidado con la identificación del paciente y diagnóstico, en el control estricto de ChekList del paciente...Enf. Patricia)</p>	<p>3. Acciones para el cuidado de la seguridad del paciente.</p>
<p>) ... "Si registros existen... por ahí debe estar, pero a veces lo llenamos a veces no se llena, solo cuando hay supervisión .jajajaj, pero algo malo, malo no ha pasado en mi servicio no...." (Enf. Elena).</p>	<p>4. Descuido en el llenado de registros</p>
<p>) "...es incómodo y trabajoso a veces resolver o completar el trabajo de la colega del anterior turno, inclusive acciones hechas no sólo por colegas "nuevas" sino también por aquellas que viene trabajando aquí muchísimos años .....y claro eso afecta directamente a la seguridad del paciente. "(Enf. Maritza)</p> <p>) "... trabajo con personas casi profesionales, que no se involucran en el sistema se trabajó... en estas últimos concursos han ingresado muchas pero les falta muchos por aprender y ellas son las que cometen los errores y nos afectan obviamente.a nuestro trabajo y a la fama..." (Enf. Teresa).</p> <p>) "... cumpro mi turno y me voy, no me pagan por hacer más de lo que ya hago (risas. Apurada)...o arreglar trabajos de irresponsables, pero a pesar de eso se llevan los laureles" ...(Enf. Flor)</p>	<p>5. Descontento e incumplimiento del trabajo</p>
<p>) "...era mi primer día de trabajo en el servicio de Cirugía, un paciente presentó un paro y no había un coche paro implantado allí, tuve que ir a emergencia a conseguir (Enf. Sonia).</p> <p>) "...pese a que el hospital es nuevo... aún falta implementar materiales, insumos y personal, no sólo enfermeros y eso para mí afecta la seguridad del paciente".. (Enf. Hilda)</p>	<p>6. Servicios no implementados con materiales y equipos</p>

<p>) <i>“la gerencia nos da implementos pero no supervisa si se cumple... (Enf. Tatiana)</i></p>	
<p>) <i>“...Son muchos los conflictos con los que la actual gerencia se enfrenta, conflictos gremiales...pero nadie se preocupa por la seguridad del apciente.es verdad este tema es poco tomado... tal vez la gerencia empiece a tomar nota y priorizar este tema ..no? (Enf. Rosa).</i></p> <p>) <i>“... se politiza la salud de las personas, los gerente trabajan a conveniencia de un grupo. Descuidando este tema tan importante para todos... vez de estar peleando en gerencia debería implementar un servicio de orientación al paciente....Enf. Cinthia)</i></p> <p>) <i>“..la gerencia se dedica más en buscar especialistas, en adquirir materiales, descuidando al recurso humano, .....claro en el tema ( seguridad del paciente)”. (Enf. Tania)</i></p> <p>) <i>“... reclamamos exigiéndonos que trabajamos muy lento, per trato de explicarles que la cantidad de enfermeras no dependía de nosotros sino de la gerencia del hospital, explicándole además que no sólo su paciente existe en el servicio sino que debemos repartirnos para que nuestra atención llegue a todos (Enf. Claribel).</i></p> <p>) <i>“...la gerencia ha descuidado su principal función ordenar a los trabajadores para que trabajemos todos como uno sólo...(En. Ester).</i></p>	<p>7. Conflictos en los procesos gerenciales</p>
<p>) <i>“pero algo malo, malo no, no ha pasado en mi servicio no.” (Enf. Flor).</i></p> <p>) <i>..”Errores?...., claro se cometen, por algo soy humana, pero las tareas se hacen simultaneas con otro colega y muchas veces nos falta franqueza para decir la verdad y todos pagamos por ellos”.(Enf. Lucrecia).</i></p> <p>) <i>Acá todas hacen carga montón a todas se lavan las manos” . Tuve que ir a emergencia a conseguir... y sin conocer bien el hospital, porque nadie me dio charla de inducción ahí:.” ( Enf.Cinthia)</i></p>	<p>8. Buscando culpables por los errores cometidos</p>
<p>) <i>“Tuve que ir a emergencia a conseguir la guía....y sin conocer bien el hospital, porque nadie me dio charlas de inducción ahí...” (Enf. Carla)</i></p>	<p>9. Falta de capacitación e inducción al campo laboral, por parte de la jefatura</p>

