



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud
Licenciatura en Enfermería

**Percepción sobre la Cultura de Seguridad del paciente
que posee el personal de enfermería del servicio de
clínica quirúrgica del Policlínico Neuquén durante el
primer semestre del año 2021**

**INFORME DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE GRADO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA

SOTO SANCHEZ PAMELA

LEGAJO N° 75578

DIRECTORA

LIC. ANDION GRACIELA

CO-DIRECTORA

ESP. ILLESCAS ANGELINA

NEUQUEN-AGOSTO2021

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo en primer lugar a mis padres quienes con su ejemplo me han enseñado que nunca debemos bajar los brazos, que nada es imposible si lo haces con amor y dedicación. También quiero dedicárselo a quienes han estado a mi lado apoyándome, a Jessi, Maxi, Julián y a cada uno de mis amigos/as.

Agradecimientos

Agradezco a cada una de las personas que me han brindado consejos y me han impulsado a finalizar mi carrera, sin duda alguna cada uno de ellos ha sido el estímulo que necesitaba. A mi familia, mi amor y mis amigos, quienes han influenciado a lo largo de mi vida guiándome y dándome las fuerzas necesarias para continuar y lograr cerrar este ciclo.

Quiero agradecer de corazón a mi directora la Lic. Graciela Andión quien demostró ser una persona apasionada con su trabajo y muy comprensiva, gracias por su paciencia a lo largo de este trabajo. También a mi co - directora Angelina Illescas que siempre supo darme el aliento necesario para seguir adelante.

Y por último y no por ello menos importante, agradecer a la institución a la cual pertenezco por darme la oportunidad de seguir creciendo como profesional, y al grupo que participó de cada una de las entrevistas.

INDICE

ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPITULO I.....	7
PLANTEO DEL PROBLEMA	8
OBJETIVOS	10
FUNDAMENTACION	11
CAPITULO II	12
ESTADO DEL ARTE.....	13
MARCO TEÓRICO	19
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	36
CAPITULO III.....	38
METODOLOGÍA /MATERIALES Y MÉTODOS	38
DISEÑO METODOLÓGICO	40
RECOLECCIÓN DE DATOS /INSTRUMENTO.....	42
APORTE DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
CAPITULO IV	44
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	44
CAPITULO V	65
CONCLUSIONES	65
BIBLIOGRAFIA.....	67
CAPITULO VI.....	72
ANEXO 1.....	73
INSTRUMENTO	73
ANEXO II	76
CONSENTIMIENTO INFORMADO	76
LISTA DE COTEJO	77
HOJA DE FIRMAS	78

RESUMEN

El concepto de Seguridad del Paciente ha ido tomando protagonismo en los últimos años. Para las instituciones de Salud lograr instaurar una Cultura de Seguridad del Paciente es requisito esencial a fin de evitar la aparición de eventos adversos y poder aprender de los errores de manera proactiva. Esto permite rediseñar los procesos de atención para evitar que los eventos adversos se repitan.

Por ello, es relevante que como primera instancia se conozca la percepción que posee sobre Seguridad del Paciente el personal que se encuentra involucrado en la atención de salud para luego establecer prioridades en los procesos de gestión y comunicación de errores contribuyendo de esta manera a una atención segura.

El presente trabajo tiene como objetivo describir la Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente que posee el Personal de Enfermería del Área Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén, durante el primer semestre del 2021. Para ello se realizaron 30 entrevistas orientadas a conocer la situación socio demográfica del personal y a determinar la percepción que ellos poseen sobre la seguridad del paciente.

El presente estudio es de tipo descriptivo con un diseño cuantitativo no experimental ya que usa la recolección de datos con base a la medición numérica y el análisis estadístico.

Los resultados mostraron desde la percepción general cuidados que se encuentran dentro de los rangos medianamente satisfactorios.

Se identificaron como fortalezas, el apoyo mutuo, el respeto entre compañeros y el valor de una comunicación efectiva, así como el debate entre compañeros y las actividades a realizar cuando se produce algún evento.

Se identificaron oportunidades de mejora al detectar que el grupo reconoce la interrupción en el cuidado con la pérdida de información en los cambios de turno. La acción de la gestión se percibe como oportunidad ligada a conductas punitivas que pueden ser trabajadas por los actores desde la comunicación.

Como debilidad se identificó la formación académica ya que se trata de un grupo donde gran parte son auxiliares de enfermería y mediante uno de los indicadores se identificó que no se trabaja en equipo.

ABSTRACT

The concept of Patient Safety has been taking center stage in recent years. For Health institutions to establish a Patient Safety Culture is an essential requirement in order to avoid the occurrence of adverse events and to be able to proactively learn from mistakes. This allow the care processes to be redesigned to prevent the aforementioned Errors from being repeated.

For this reason, it is relevant that, as a first instance, the perception that the personnel involved in health care have about Patient safety is known, in order to later establish priorities in the processes of management and communication of Errors contributing in this way to a safe attention.

The objective of this work is to describe the Perception of the Patient Safety Culture possessed by the Nursing Staff of de Surgical Clinical Area of the Neuquen Polyclinic during the first semester of 2021. For this, 30 interviews were conducted aimed at knowing the socio-demographic situation of the personnel and determining their perception of Patient safety.

The present study is descriptive with a non experimental quantitative design since it uses data collection based on numerical measurement and statistical analysis.

The results showed from the general perception of care that they are within the moderately satisfactory ranges.

Mutual support, respect among peers and the value of effective communication were identified as strengths, as well as the discussion among peers and the activities to be carried out when an event occurs.

Opportunities for improvement were identified by detecting that the group recognizes the interruption in care with the loss of information during shift changes. The management action is perceived as an opportunity linked to punitive behaviors that can be worked on by the actors through communication.

Academic training was identified as a weakness, since this is a group in which most of them are nursing assistants, and one of the indicators showed that they do not work as a team.

INTRODUCCIÓN

Cuando hablamos de Seguridad del Paciente hacemos referencia a un conjunto de acciones dirigidas a evitar o minimizar los riesgos a los que se encuentran expuestos los pacientes en la atención sanitaria. (González Landázuri Jerry Geovanny, 2018). También trata de dar respuesta a los eventos adversos que se producen durante las intervenciones que se llevan adelante con el paciente. Debemos resaltar que todo el equipo de salud se encuentra involucrado en la Seguridad del paciente.

Para lograr una práctica de cuidados segura son diversas las dimensiones que se pueden analizar en relación a la Cultura Organizacional de la Seguridad del Paciente, por ello en primera medida debemos entender cuál es la percepción que el personal de enfermería posee respecto a la seguridad del paciente. Una vez que se analiza e interpreta éste parámetro se puede seguir avanzando en la disminución de los riesgos a los que los pacientes se encuentran expuestos no solo en el ámbito de la internación sino también en la atención ambulatoria.

El desarrollo del presente trabajo tuvo como objetivo describir la Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente que posee el Personal de Enfermería del área clínica quirúrgica del Policlínico Neuquén, durante el primer semestre del año 2021. Para ello en el estado del arte se revisaron temas como la participación de enfermería en la gestión de la seguridad del paciente, el reconocimiento de los incidentes o de los eventos adversos, las fortalezas y debilidades presentes en los grupos de trabajo y la importancia que tiene la Cultura de Seguridad del paciente para las organizaciones y sus integrantes.



CAPITULO I

PLANTEO DEL PROBLEMA

En los últimos años la Seguridad del Paciente es un tema que ha cobrado mucho interés, entendiéndose que todo el equipo de salud desde el personal de limpieza, los profesionales de la salud y el nivel jerárquico tienen responsabilidades en ello. Poder anticiparse a la ocurrencia de eventos adversos se ha tornado un desafío ya que se infiere que los mismos se producen y esto conlleva a obstaculizar la pronta recuperación de los pacientes. (Torres T., 2011)

Según la OMS (2019) la seguridad del paciente es una disciplina enfocada en prevenir y/o reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Ésta disciplina pone énfasis en la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos.

En el mundo se han establecido estrategias para poder llevar adelante prácticas de atención seguras, con el objetivo de reducir el margen de error en las mismas. Pero aún así los eventos adversos son comunes en la administración de los cuidados de salud.

En nuestro país desde el año 1997 el gobierno comenzó a involucrarse reglamentando la atención segura a los ciudadanos. El camino hacia dicha atención se ha trazado pero aún faltan estrategias de acción y prevención que puedan ser llevadas a la práctica diaria.

Si bien es cierto que a nivel mundial el término Cultura de Seguridad se ha difundido desde hace varios años las estrategias que se implementan para minimizar los riesgos a los que se ven expuestos los pacientes no están desarrolladas completamente; sin discriminar en países ricos o pobres o en instituciones públicas o privadas. Sí debemos rescatar que muchos lugares están estableciendo los cimientos para implementar directrices en pos de la Seguridad del Paciente. (Bustamante Galarza, *et al.*, 2016)

“La cultura de seguridad de una institución se define por las creencias, valores y actitudes de sus profesionales y todo el personal con relación a la ocurrencia y manejo de los errores que ocurren en la atención de las personas” (Soria, 2012)

Es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individual y grupal, lo que determina la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente.

En mi experiencia como profesional de la salud he observado los diferentes aspectos que involucra la Seguridad del Paciente desde un simple lavado de manos hasta la movilización de los pacientes mediante los cambios de decúbito para evitar las úlceras por presión. También he formado parte de la elaboración y/o revisión de normas que permiten regular la

actividad del personal de enfermería, principalmente, para minimizar la aparición de eventos adversos al explicar correctamente la colocación de accesos venosos periféricos por ejemplo o el cuidado de los catéteres venosos centrales. Pero aún hay puntos a resolver como la correcta identificación de los pacientes, el riesgo de caídas o riesgo de presentar dermatitis asociadas a incontinencia. Estos son solo algunos de los temas que involucra la atención segura, ya que también debemos tener presente la experiencia del operador, el conocimiento que posea, la percepción que el profesional de la salud tenga respecto a la Seguridad del Paciente, la carga laboral que el individuo tenga ya sea por tener doble empleo o por la falta de personal en la institución que trabaja; la participación que le damos a los familiares también es un punto a tener en cuenta porque de acuerdo a los conocimientos que la familia y el paciente posean respecto a su estado actual, van a poder colaborar en su recuperación. Otro punto también importante es el acompañamiento que recibe el personal de enfermería por parte del nivel jerárquico ya sean supervisores de área directos o generales.

Con anterioridad se mencionó que son diversas las dimensiones que involucra una atención segura, por ello se consideró que en primer lugar debemos entender cuál es la percepción que el personal de enfermería posee respecto a la Seguridad del Paciente; ya que una vez establecidos éstos parámetros podremos seguir avanzando en la disminución de los riesgos a los que los pacientes se encuentran expuestos no solo en el ámbito de la internación sino también en la atención ambulatoria.

A partir de lo descripto surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué percepción sobre la Cultura de Seguridad del paciente posee el personal de enfermería que se desempeña en el Área de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén S.A durante el primer semestre del año 2021?”

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Describir la Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente que posee el Personal de Enfermería del Área Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén, durante el primer semestre del 2021.

Objetivo específico:

- Caracterizar los aspectos socio demográficos del personal de enfermería del área clínica quirúrgica.
- Identificar las percepciones del personal de enfermería según la Cultura de Seguridad Organizacional del Área de Clínica Quirúrgica a partir de :
 - ✓ La Seguridad en el Área de Trabajo
 - ✓ La Seguridad Brindada por la Dirección
 - ✓ La Seguridad en la Comunicación
 - ✓ Sucesos notificados
 - ✓ Seguridad desde Atención Primaria

FUNDAMENTACION

La atención de Enfermería es un servicio fundamental en procesos terapéuticos tanto ambulatorios como de internación en cualquier institución de Salud. El contacto del enfermero con las personas que son atendidas en instituciones de salud suele ser permanente y constante. En este sentido, enfermería realiza procedimientos encaminados a cuidar la salud del usuario y propender por el restablecimiento de la misma cuando una persona se encuentra enferma y posteriormente en su rehabilitación, cuando la enfermedad ha dejado sus secuelas. (Torres T, 2011).

La disciplina enfermera está muy relacionada con la cultura de seguridad debido a que en primer lugar constituye el grupo más numeroso dentro de las instituciones de salud, y en segundo lugar es quien realiza la mayor cantidad de intervenciones en el proceso de Salud-Enfermedad de los usuarios.

Los cuidados que brinda el personal de enfermería llevan implícito el riesgo de generar errores, eventos adversos que pueden ocasionar daños, complicaciones, secuelas e incluso la muerte. Esto es desencadenado por una multiplicidad de factores que entran en juego como por ejemplo la calidad técnica de las personas que llevan adelante la atención sanitaria. Por ello siendo el personal de enfermería un miembro de permanente contacto y cuidado con el paciente hasta el punto de establecer un puente de información entre el paciente y resto de equipo de salud; es vital mejorar la calidad de su formación.

Los cuidados pueden ir acompañados de acciones preventivas orientadas a la capacitación del personal, notificación de eventos, entrenamiento, adecuado clima laboral, y uso de técnicas asépticas. Todo lo antes mencionado forma parte de lo que se denomina Cultura de Seguridad del paciente.

Actualmente poder analizar la Cultura de la Seguridad en la atención de los Pacientes constituye un pilar fundamental, para poder identificar fortalezas y oportunidades de cada grupo de trabajo para favorecer las intervenciones de mejora tanto en las percepciones y actitudes como de los incidentes de seguridad.



CAPITULO II

ESTADO DEL ARTE

Luego de la revisión de antecedentes se encontraron algunos trabajos de investigación relevantes:

- Aintzane Orkaizagirre Gómara. “La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias”, año 2016

El trabajo mencionado se basó en una experiencia trágica que sucedió en la ciudad de Madrid en el año 2009 donde un Bebé falleció por un error cometido por una enfermera de reciente ingreso al lugar. Detalla el caso, la cadena de errores, cada uno de los eslabones responsables. Y plantea las soluciones implementadas a partir del suceso. Conceptualiza la seguridad del paciente, los errores que se desarrollan en el sistema sanitario y su relación con las enfermeras. También introduce el concepto de Evento Adverso.

- Lic. Lida Maritza Torres T. “Gestión de seguridad del paciente: participación de enfermería”. La Plata, Julio 2011.

El trabajo hizo hincapié en la importancia que está cobrando la Seguridad de los pacientes entre los profesionales de la salud. Aunque destacó que aún no se le ha dado una participación a la disciplina enfermera, ya sea en la prevención de errores o gestión de riesgos. Cabe mencionar que los enfermeros/as son quienes están al lado de los pacientes de manera activa y si sus actividades no son realizadas con el conocimiento y la capacitación adecuada, ello puede desencadenar eventos adversos.

Por ello el problema que se plantea en dicho trabajo se basó en la participación de Enfermería en la gestión de seguridad del paciente ante la ocurrencia de eventos adversos.

Para revisar los antecedentes del tema a estudiar se abordaron cuestiones como el error humano, La enfermería y el error, la responsabilidad profesional, civil y legal del ejercicio de la Enfermería, la cultura organizacional y los fallos en el sistema entre otros puntos. (Torres T., 2011)

Para el estudio de la gestión de Enfermería se propusieron variables frente a la ocurrencia de eventos adversos y la seguridad de los pacientes. Se aplicaron dos instrumentos de recolección de información a fin de realizar una descripción de las situaciones de riesgo y una caracterización del personal de Enfermería que se abordó. Posterior a ello una vez obtenidos los resultados se comparó con la bibliografía consultada.

- Estévez Díaz, J., Jiménez Sierra, L. y Silva Sanabria, M. (2017). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias. “Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias de una Institución prestadora de Servicio de Salud de cuarto nivel de complejidad, Bucaramanga, 2017”. Colombia

Para las autoras del presente trabajo la Cultura de seguridad del paciente está tomando gran importancia en aquellas instituciones que son prestadoras de servicios de salud, entendiendo que dicha cultura es la sumatoria de valores individuales y grupales, percepciones, competencias y patrones de comportamiento, que influyen en la atención que se brinda.

El trabajo hizo referencia a la creación de 7 pasos de seguridad del paciente donde el primero de ellos es el desarrollo de una cultura de seguridad y la importancia de su medición. Es por ese motivo que las autoras realizaron la medición de la percepción del personal de salud sobre la cultura de seguridad del paciente. Identificando la apreciación que el personal posee frente a la ocurrencia de eventos adversos, evidenciando que los mismos se pueden prevenir generando un ahorro en los costos de la internación, así como también un clima laboral agradable, con estándares óptimos de trabajo, todo en beneficio de una mejora constante en la calidad de atención.

Resaltaron la importancia de que las instituciones proporcionen a todos sus trabajadores las políticas, normas, objetivos y valores internos, así como también que cada trabajador conozca el perfil de su tarea para poder actuar de manera armoniosa.

En el trabajo expuesto utilizaron una metodología observacional descriptiva cuantitativa, de corte transversal, con previa autorización en el Consentimiento Informado. El instrumento que se utilizó como medio de recolección de información la Encuesta sobre Seguridad del paciente; la versión española del Hospital Survey on Patient Safety; la cual fue traducida y validada en España por la Universidad de Murcia.

Los Resultados mostraron fortalezas como la percepción en la seguridad del paciente, acciones de la dirección que favorecen la seguridad del paciente, el trabajo en equipo, apoyo de la gerencia de la clínica, sin embargo, dentro de las oportunidades por mejorar, se encuentran, franqueza en la comunicación, trabajo entre unidades/servicio, manejo de los medicamentos, problemas en los cambios de turno o transición, respuesta no punitiva a errores, aprendizaje organizacional o mejora continua y reporte apropiado de eventos adversos y las debilidades: la retroalimentación o comunicación sobre errores y la franqueza en la comunicación. (Estévez Díaz, J., Jiménez Sierra, L. y Silva Sanabria, M., 2017).

- Soria Etelvina Milagros. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. “Cultura de la Seguridad del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN)”. Córdoba 2012.

Para los autores del presente trabajo fue importante establecer prioridades en los procesos de gestión mediante el reconocimiento del error en la asistencia sanitaria así como también mediante la identificación de las fortalezas y debilidades que presentó el grupo de trabajo. Todo esto teniendo como objetivo principal proporcionar una atención segura en la UCIN.

Mencionaron que a lo largo del proceso de atención sanitaria se producen errores, y aquí es donde introdujeron los conceptos de Incidente para referirse a aquellos errores que pasan desapercibidos y de Evento Adverso cuando los errores producen daños, algunos de los cuales pueden ser graves. El origen de los mismos es muy variado y algunos de ellos pueden asumirse como naturales tales como las infecciones nosocomiales, las reacciones adversas a medicamentos o a procedimientos que pudieron haberse evitado como la presencia de flebitis por accesos venosos periféricos.

Si bien se entiende que la responsabilidad es global e involucra a toda una organización para los afectados la responsabilidad del suceso es individual. Sin embargo, existe una cadena de factores que desembocan en la ocurrencia de incidentes o eventos adversos. Entendiendo que si no se llevan adelante procesos de capacitación y acompañamiento al personal, es posible que se cometan errores y luego las acciones terminan siendo punitivas, las cuales son a corto plazo y no evalúan todo el suceso, simplemente se señala un culpable.

Los autores, enfatizaron que las organizaciones aun no cuentan con estrategias que evalúen las actitudes y comportamiento del personal de salud ni que puedan anticiparse a los errores mediante informes o guías que valoren la magnitud de los posibles daños.

Al contar con una cultura que no prevee y se limita a acciones punitivas, donde la comunicación de incidentes no se genera de manera espontánea, por tanto el personal no evidencia las fallas que puedan tener o sus limitaciones a la hora de realizar ciertas actividades, dejando toda la responsabilidad en el personal jerárquico. Se destacó como importante que la experiencia y formación que tenga el equipo de trabajo así como también la carga laboral excesiva son factores que afectan la Seguridad del paciente.

Un tema que se consideró fue la comunicación, por un lado porque suele ser incompleta o porque directamente no existe, respecto a la notificación de los errores que se producen. En este punto en el 2001 Ceriani Cernadas detalla en su publicación que “el pase de guardia o

de sala es un elemento esencial de la actividad asistencial. Pero aun es este ámbito muchas veces el informar una equivocación o una omisión del tratamiento es muy difícil”.

Es importante entender que cada organización posee una cultura organizacional que está impregnada por valores, actitudes y comportamientos que contribuyen a la aparición de errores en la atención sanitaria. Quienes llevaron adelante éste trabajo señalaron que hasta el momento los trabajos de investigación que se realizaron han puesto su mirada en los eventos adversos dejando de lado la cultura de la organización. Por ello, pretendieron que su trabajo sea la primera aproximación para entender la cultura de la seguridad del paciente en el ámbito de la UCIN neonatal en Argentina, para proponer así acciones que permitan gestionar la seguridad del paciente y mejorar la calidad de atención.

El Método que se utilizó fue el estudio descriptivo, Cual-Cuantitativo. Mediante un cuestionario con escala de Likert, basado en la encuesta de “percepción de la CS en los servicios de medicina intensiva españoles” de Gutiérrez y col, que analizó seis dimensiones: ambiente laboral, relaciones laborales, organización y dirección del servicio y el hospital, condiciones laborales, clima de seguridad y reconocimiento del nivel de estrés.

- Castañeda Hidalgo- Garza Hernández- González Salinas- Pineda Zúñiga-Acevedo Porras-Aguilera Pérez. “Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería”. Año 2013

El presente trabajo se realizó en México en un Hospital General del sistema de salud, cuya complejidad se encuentra en el segundo nivel de atención. El objetivo del mismo se centró en la identificación de las fortalezas y oportunidades de mejora continua, percibidas por el personal de enfermería en relación a la cultura de seguridad en la atención de los pacientes. El estudio fue cuantitativo- descriptivo con diseño transversal.

Para los autores la seguridad del paciente vista desde la perspectiva de la atención de salud involucra un conjunto de normas, procedimientos e instrumentos destinados a minimizar el riesgo de daño sobregregado y por ende la ocurrencia de eventos adversos. Incluye además medidas que garanticen las prácticas terapéuticas, los cuidados enfermeros seguros así como también un ajuste del entorno del paciente, de la organización y del funcionamiento institucional abarcando la dotación, competencia y sostenimiento del personal.

Se mencionó que poder identificar las fortalezas y debilidades que posee el personal involucrado en los cuidados de enfermería, facilitó la implementación de estrategias que guíen el camino hacia la prevención de incidentes en la práctica diaria.

- Br. Mori Yachas Natali Roxana. “Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017”. Perú, 2018.

El trabajo realizado en Perú, tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte.

Ésta investigación se realizó bajo el enfoque cuantitativo y método hipotético deductivo con un tipo de investigación básica y nivel descriptivo y correlacional. El diseño de investigación fue no experimental; de corte transversal, el muestreo fue probabilístico y la muestra estuvo constituida por 40 profesionales de enfermería. Se aplicó un cuestionario tipo escala de Likert para medir las variables cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos, las cuales fueron sometidas a validez y confiabilidad.

Para ésta investigación, la revisión bibliográfica realizada aportó a su Marco teórico desde la Cultura de la Seguridad del paciente y el estudio de la misma desde las percepciones del personal de enfermería. En tanto nos permitió acercarnos a la temática en estudio desde una metodología Cuantitativa, descriptiva con diseño transversal.

Además aportó al instrumento de recolección de datos, ya aprobado y validado científicamente.

- Lic. Araujo Chávez Roxana Inés “Percepción de los profesionales de enfermería sobre la seguridad del paciente en el hospital regional de Cajamarca, 2013”. Perú, 2014.

El objetivo de ésta investigación fue determinar y analizar la percepción de los profesionales de enfermería sobre la seguridad del paciente en el Hospital Regional de Cajamarca, 2013. El estudio fue de tipo cuantitativo -cualitativo, descriptivo, exploratorio y de corte transversal.

La autora sostiene que 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.

La investigación concluyó que en términos globales los resultados reflejan, 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 encontraron debilidades en el manejo de la seguridad del paciente; pero a la vez oportunidades de mejora que se percibieron 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.

La presente investigación fue de ayuda ya que algunos de los puntos abordados en su instrumento de recolección de datos son similares a los utilizados en éste trabajo por tanto sirvió de comparación. Además aporte desde su marco teórico nociones respecto a la gerencia de los establecimientos de salud.

MARCO TEÓRICO

Conceptualización de Seguridad del paciente, percepción y su interrelación.

Desde tiempos remotos, siempre se esperó que quien atiende al enfermo lo haga por el llamado de una vocación y con el mejor conocimiento existente, buscando el beneficio de aquel que sufre. También se entendió como una buena práctica evitar actos lesivos y/o cometer descuidos que agraven la enfermedad y/o que ocasionen daños adicionales. En este sentido, a lo largo del tiempo, diversas culturas procuraron realizar acciones mediante tradiciones, tabúes, leyes o normas destinadas a lograr la mejor atención de la salud en el contexto de su época. De alguna manera, se fueron dando así las bases de lo que hoy se conoce como la seguridad del paciente. Losardo y Rodriguez Herrera (2018) “Historia de la seguridad del Paciente.

Para Losardo y Rodriguez Herrera (2018), La Seguridad del Paciente en la actualidad se está instalando como un imperativo social, científico ético y legal en la atención sanitaria que procura la prevención de los riesgos y daños que puede sufrir un individuo que se encuentra bajo el cuidado de un profesional de la salud, ya sea tanto en el ámbito de la internación como en el ambulatorio.

Si bien el concepto de Seguridad del Paciente se ha desarrollado en el siglo XXI, tiene sus raíces en los inicios de las civilizaciones, lo que demuestra el interés y la preocupación que este tema siempre despertó en el ser humano. Su historia se divide en cinco períodos, cuya duración es cada vez menor debido a que los avances médicos son cada vez más rápidos.

Losardo y Rodriguez Herrera (2018) utilizan la definición oficial de La Seguridad del Paciente otorgada por la Organización Mundial de la Salud (2019) la cual refiere que “La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Su objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria. Una piedra angular de la disciplina es la mejora continua basada en el aprendizaje a partir de los errores y eventos adversos. Para velar por la ejecución exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, se necesitan políticas claras, capacidad de liderazgo, datos para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales sanitarios cualificados y la participación efectiva de los pacientes en su atención”.

Son muchos los actores que intervienen en la seguridad del paciente pero existe un grupo de actores que tiene como esencia de su disciplina el cuidado de los individuos. Hablamos de la Enfermería, que lleva adelante actividades tendientes a la recuperación de los pacientes. Pero esas actividades se deben realizar a conciencia, ya que cada una de ellas

tiene un impacto en la salud de los pacientes. Entonces las organizaciones deben conocer cuál es la percepción que la enfermería posee respecto a la seguridad de los pacientes. Ya que con ello se podrán establecer medidas estratégicas para abordar la problemática que es prioritaria a nivel mundial.

Pero ¿Qué es la percepción?

Vargas Melgarejo (1994) puntualiza que una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. No obstante aunque la percepción fue concebida como un proceso cognitivo, hay autores que la consideran como un proceso más o menos distinto señalando las dificultades de plantear las diferencias que ésta tiene con el proceso del conocimiento. Por ejemplo, Allport apunta que la percepción es...

“Algo que comprende tanto la captación de las complejas circunstancias ambientales como la de cada uno de los objetos. Si bien, algunos psicólogos se inclinan por asignar esta última consideración a la cognición más que a la percepción, ambos procesos se hallan tan íntimamente relacionados que casi no es factible, sobre todo desde el punto de vista de la teoría, considerarlos aisladamente uno del otro.” (Allport, 1974: 7-8).

La percepción posee un nivel de existencia consciente, pero también otro inconsciente; es consciente cuando el individuo se da cuenta de que percibe ciertos acontecimientos, cuando repara en el reconocimiento de tales eventos. Por otro lado, en el plano inconsciente se llevan a cabo los procesos de selección (inclusión y exclusión) y organización de las sensaciones.

Entonces se concluyó que si la percepción está íntimamente ligada al conocimiento, y esto se lleva a la actividad cotidiana de la enfermera al brindar cuidados; podemos entender que la enfermera podrá valorar los riesgos a los que se encuentra expuesto el paciente, previniendo posibles incidentes o eventos adversos. Por lo tanto, una enfermera no solo deberá contar con conocimientos previos y actualización de los mismos, sino también con experiencia, porque solo la puesta en práctica del aprendizaje obtenido brindará herramientas para ser partícipe en la gestión de la seguridad del paciente.

Concepto de riesgo en salud, error, incidente y evento adverso.

Para Torres T. Maritza (2011), la práctica médica y en general la práctica de asistencia sanitaria, es una actividad de riesgo, tanto para los pacientes, como para los profesionales y las instituciones. Y citó la definición que brinda Martínez López, Francisco José en su manual de Gestión de Riesgos Sanitarios (2001), sobre riesgo en Salud... *“El término riesgo en salud o riesgo sanitario hace referencia a un peligro para el paciente en forma de resultado no esperado y casi siempre desfavorable. Es un incidente crítico, es decir un evento que puede o habría podido desencadenar un efecto no deseado en el paciente y reducir el margen de seguridad de los cuidados”*.

Y aparecieron otros dos conceptos incidente y evento adverso, donde el incidente es el alerta que nos pone en sobreaviso de que algo no anda bien, se genera cuando hay un riesgo para el paciente pero no desencadena daños. Y cuando hablamos de daño en el paciente, este constituye el primer elemento que forma parte del concepto de evento adverso. Existen daños que son evidentes y son los más temibles porque algunos ponen en riesgo la vida del paciente, por ejemplo la administración equivocada de un medicamento, o la vía de administración incorrecta de los mismos. Pero existen otros de menos gravedad donde el daño no es permanente por ejemplo las infecciones intrahospitalarias o las asociadas a procedimientos.

La naturaleza humana nos lleva a cometer errores en todos los ámbitos en los que realizamos acciones, pero esa misma naturaleza también nos empuja a superarnos, estudiarlos y evitarlos. Existen áreas donde las acciones fallidas pueden tener consecuencias fatales, como es la que nos concierne, la sanitaria. Por ello mismo, todas las personas involucradas estamos especialmente sensibilizadas, ya seamos profesionales sanitarios o clientes. (Aintzane Orkaizagirre Gómara, 2016)

Cuando hablamos de "Error", más específicamente del "Error Humano", nos referimos a una expresión que señala la ocurrencia de un suceso o evento desfavorable fuertemente vinculado con la condición y actividad de las personas que participan (ya sea directa o indirectamente) en la ejecución y control de un proceso. Implica un fallo en las acciones planificadas para alcanzar el fin original sin que intervengan factores o eventos fortuitos. Bustamante Galarza, Castro, Cívico, Méndez (2016) *“La seguridad del Paciente: Una visión global”*

Según Lucian Leape (1993) el error puede manifestarse al realizar algo incorrecto (error de comisión) o al no hacer lo correcto (error por omisión), tanto en la fase de planificación como en la ejecución. Los errores pueden ocurrir durante la etapa de diagnóstico, tratamiento, prevención, recuperación, etc.

En un principio la OMS instaba a observar la seguridad del paciente y a desarrollar estrategias que mejoraran tanto la seguridad como la calidad de la atención sanitaria. Sin embargo, el interés mostrado de los países miembros al comenzar a desarrollar estrategias o a solicitar información y apoyo para llevarlas adelante impulsó la formación de la Alianza Mundial para la seguridad del paciente de la OMS en el año 2004. Desde entonces la seguridad del paciente es una iniciativa global que invita a los países a tomar medidas dirigidas a mejorar la seguridad, fortalecer los sistemas de registro y monitoreo de los eventos adversos, reconocer la excelencia en la seguridad del paciente a nivel internacional, desarrollar investigaciones en este ámbito y ofrecer apoyo en las áreas estratégicas.

Seguridad, eventos adversos y recurso humano.

Para Martínez Ques (2007), la seguridad no obedece a una estrategia de calidad simple sino que detrás existen razones decisivas, entre ellas la de lograr una mayor efectividad de los derechos humanos representados por el derecho a la salud a la vez que reconocemos la importancia de las personas que trabajan dentro del sistema y su influencia de la generación de errores.

La concepción actual de la seguridad del paciente atribuye la principal responsabilidad de los eventos adversos a las deficiencias del diseño, de la organización y del funcionamiento del sistema en vez de a los profesionales. Para aumentar la seguridad del paciente hay que emprender tres acciones complementarias: prevenir los eventos adversos, sacarlos a la luz y mitigar sus efectos cuando se producen.

Cuando se generan fallos graves en la asistencia sanitaria, tienen efectos devastadores para el paciente y sus familiares, para el personal sanitario involucrado y para la organización afectada ya que se ve menoscabada la confianza del público en la atención sanitaria. La lección más importante de lo dicho es que se puede aprender de los errores aprendiendo de la experiencia, lo que conseguiría evitar próximos errores.

El 2 de marzo del 2007 se realizó la I Jornada Técnica en Cuidados de Salud, en España, donde una de las conclusiones establece que alguno de los elementos que inciden en la calidad de los cuidados se ve influenciado por el número de enfermeras y por la formación que éstas tienen, lo que pone el tema de la especialización sobre el tapete.

La disponibilidad y la composición de los recursos humanos para la salud es un indicador importante de la fuerza de un sistema sanitario. Aunque no hay consenso sobre el nivel óptimo de enfermeras para una población, hay evidencia amplia que su número y calidad está asociada positivamente a unos mejores resultados en salud.

La provisión de personal apropiado permite que las enfermeras maximicen su vigilancia profesional con los pacientes que tienen asignados. La falta de vigilancia puede conducir al evento adverso.

Martínez Ques (2007) resalta en su publicación una contradicción del sistema al decir que *“hoy nadie se cuestiona que para conducir un camión con sustancias peligrosas se exijan unos requisitos con nivel de exigencia mayor, y sin embargo, para trabajar en una unidad compleja con pacientes cada vez más complejos no hay legalmente nada previsto.”*

Cultura de la seguridad del paciente, sus dimensiones y la importancia que representan para la Gestión de Seguridad del paciente

Cultura de la seguridad del paciente

En septiembre del 2019 el Ministerio de salud y bienestar de la república Argentina, expuso un documento que se tituló “Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria” con la misión de “Establecer objetivos y recomendaciones orientadas a minimizar los riesgos y daños asociados a la atención de la salud”. En el documento plantearon el postulado de que ya desde la tragedia de Chernóbil se empezaron a utilizar términos como “cultura de seguridad”, donde diferentes organizaciones y empresas ponían foco de atención en la utilización de maniobras seguras para trabajar. Sin embargo, en el sector de Salud recién en 1999 se empezó a marcar el camino de la seguridad en la atención sanitaria, tras una publicación que realizó el Instituto de Medicina en Estados Unidos “errar es humano”; informe que revolucionó el perfil del sistema de salud.

Una de las definiciones más aceptadas sobre Cultura de seguridad en el sector de salud (Mazdorf. Z -1999) dice:

“Es el producto de valores, actitudes, competencias y patrones de conducta individuales y grupales que determinan el compromiso con la adecuada ejecución de los programas de seguridad de la organización.”

Lo cierto es que la cultura de seguridad debería estar tan instaurada en el área sanitaria como en otras donde es fundamental y se acepta como una práctica normal. Más, como sucede en la aeronáutica e industria energética. La medición de la cultura de Seguridad ofrece una perspectiva de la implicación que los profesionales pueden tener en la implementación de prácticas seguras y facilita el diseño de estrategias orientadas a conseguir organizaciones comprometidas” Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad de España (2016) “Estrategia en seguridad del paciente del Sistema Nacional de Salud”

Es importante poder medir la cultura de seguridad del paciente ya que constituye el diagnóstico que nos permite obtener información del nivel actual de la cultura de la seguridad del paciente en la institución; para lograr identificar las fortalezas, las oportunidades de mejora y las debilidades; para realizar la toma de decisiones basadas en el análisis de los indicadores de resultados y con el fin de desarrollar la implementación de planes de mejora que fortalezca la política de seguridad del paciente institucional.

“Una cultura de seguridad es la que nace del esfuerzo colectivo de una institución para encaminar la totalidad de los elementos culturales hacia los objetivos de seguridad, incluidos los de sus miembros, sistemas y actividades laborales” Davies H et al. (2002) *Organizational Culture and Quality of health care Journal on Quality Improvement*.

La seguridad en el área de Trabajo

La seguridad en el trabajo se define como una disciplina técnica que engloba el conjunto de técnicas y procedimientos que tienen por objeto eliminar o disminuir el riesgo de que se produzcan los accidentes de trabajo.

Según el “Manual para gerentes y administradores” que publicó la Organización Panamericana de la Salud en el 2005. En América el sector de la salud tiene gran relevancia socioeconómica. Es una inmensa fuente de empleo que agrupa en su mayoría mujeres, quienes además de los riesgos propios del sector de la salud, también sufren las cargas que caracterizan la inequidad de género. En la última década se introdujeron en América Latina y el Caribe una serie de reformas en el sector de la salud en las que las condiciones de trabajo no fueron incorporadas como una prioridad. En el sector de la salud el mercado laboral se ha desarrollado hacia patrones más flexibles, con la redefinición de procesos de trabajo, una creciente inestabilidad laboral, y en la mayoría de los casos, disminución en las compensaciones financieras.

Las malas condiciones de trabajo en las instituciones del sector han conducido a que disminuya el número de profesionales entrenados, con graves consecuencias en los resultados de la prestación de servicios de salud.

Los trabajadores de la salud (TS) son más vulnerables a los accidentes y a las enfermedades en el trabajo cuando se ven obligados a trabajar con escasez de personal y en unidades orgánicas precarias, cayendo en un círculo vicioso. Además se está ensanchando muy rápidamente la brecha entre el riesgo que traen consigo los avances tecnológicos en el sector de la salud y la falta de procedimientos para garantizar la seguridad ocupacional y ambiental. En contraste, la agricultura y la construcción, que son dos de las industrias más peligrosas, son actualmente más seguras que una década atrás.

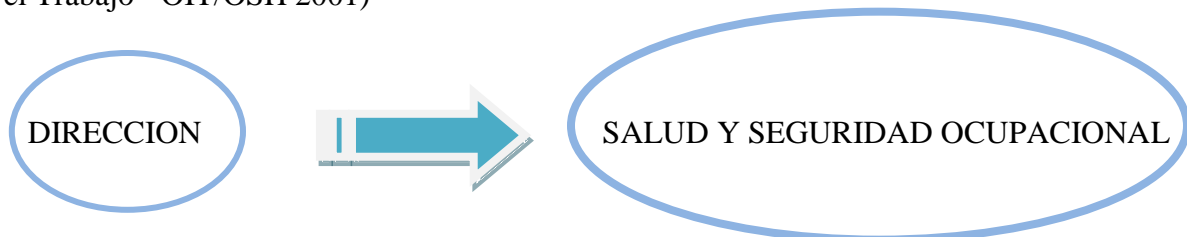
Por otro lado, se demostró que la falta de gestión de salud y seguridad ocupacional induce a errores, que pueden ser susceptibles de demandas legales por negligencia o incompetencia, tanto de los servicios de salud como de los trabajadores. Por esta razón, el desarrollo de un sistema de gestión de Salud de Seguridad Ocupacional ayudará a mejorar la calidad de los servicios prestados y a disminuir los riesgos legales; La seguridad del paciente y la calidad de los resultados de la atención de la salud están consistentemente relacionadas con el personal que lo atiende y las características de la organización, de allí que todo el tema relacionado con el talento humano sea de gran importancia para la administración de los sistemas de salud. Organización Panamericana de la Salud (2005) “Salud y Seguridad de los trabajadores del sector de Salud”

Una gestión adecuada para la salud y seguridad de los trabajadores, asegura:

- disminución del ausentismo por enfermedad y bajos costos de atención de la salud y seguridad social
- empleados saludables y motivados,
- mejor colaboración, organización y armonía en el lugar de trabajo,
- mayor productividad
- mejor calidad de los servicios prestados

La seguridad brindada por la dirección.

“El empleador debería asumir la responsabilidad general de proteger la seguridad y la salud de los trabajadores y el liderazgo de las actividades de salud y seguridad en el trabajo en la organización” (Directrices relativas a los Sistemas de Gestión de la Salud y la Seguridad en el Trabajo - OIT/OSH 2001)



“Se dispone ya de programas modelo que mejoran la salud y reducen los costos. No son conocimientos lo que hace falta, sino la puesta en práctica de estos programas en un número mayor de casos.” (J Freis and Cols. 1993)

Es responsabilidad de la dirección asegurar que el establecimiento de salud tenga políticas y programas apropiados, además de los recursos humanos y financieros suficientes para proporcionar un lugar de trabajo sano y seguro.

El grado de coordinación de las actividades de los empleados hacia un objetivo común depende del grado de compromiso y participación de la administración. Además de las acciones directas desarrolladas por el director, o por las personas por él nombradas para actuar en el Sistema de Gestión de Salud y Seguridad Ocupacional del servicio de salud, algunas actitudes de la alta gerencia (cada uno en su propia área) pueden demostrar el apoyo de la dirección a la gestión como por ejemplo: visitar habitualmente los lugares de trabajo para comunicarse y comprobar la existencia de deficiencias posibles de resolver; observar cómo los trabajadores desarrollan tareas; interesarse por conocer las causas de los accidentes laborales acaecidos y cómo han sido eliminadas. Organización Panamericana de la Salud (2005) “Salud y Seguridad de los trabajadores del sector de Salud”

La seguridad de la comunicación.

La organización Mundial de la Salud (OMS) junto con la Joint Commission International (JCI) crearon las metas internacionales de seguridad del paciente que reúnen las estrategias enfocadas en las situaciones de mayor riesgo para los usuarios o pacientes. Las metas internacionales representan el foco principal para la mejora de la calidad y seguridad en la atención al paciente según lo establecido por la Joint Commission.

La seguridad del paciente, 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, como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente.(Rev. Hosp. Niños B. Aires 2018).

Una de esas metas hace referencia a mejorar la comunicación efectiva entre los profesionales del equipo de salud previniendo errores por órdenes verbales o telefónicas. La estrategia que proponen es que las órdenes se den por escrito y que las mismas se lean en voz alta por parte del receptor para que el emisor confirme que la orden se ha entendido. La información que se brinda entre los profesionales del equipo debe propiciar la continuidad en la prestación de los cuidados. Quien trasmite dicha información debe asegurarse que el mensaje fue recepcionado correctamente. (Rev. Hosp. Niños B. Aires 2018).

Otra estrategia implica que los registros y cambios deben ser de fácil lectura y comprensibles. Se debe tener presente que las fallas en la comunicación pueden causar serios daños al paciente.

Que la comunicación sea efectiva significa que sea oportuna precisa, completa inequívoca y comprendida. La mayor cantidad de errores en este punto se presentan en los servicios o aéreas críticas donde lo que prima es la urgencia en asistir al paciente. (Galarza-Castro-Cívico-Méndez; 2016)

Durante la internación el paciente puede recibir asistencia por una serie de profesionales médicos y especialistas en múltiples entornos. A esta situación debe sumarse como factor contribuyente que pueden ser trasladados a áreas de intervención quirúrgica, de diagnóstico y además encontrarse con personal que realiza turnos rotativos y pueden cambiar dos, tres o cuatro veces en el día. La información que se comparte entre estos factores mencionados podría no ser completa o podría tener errores en la interpretación.

Estas grietas en la comunicación pueden desencadenar graves interrupciones en la continuidad de los cuidados, un tratamiento inadecuado y un daño potencial para el paciente.

Sucesos notificados

Al decir de la Lic. Lida Maritza Torres T (2011), no es fácil poder informar los errores que se cometen; en particular porque la mayoría de las personas consideran el error como un acto punible que debe ser sancionado.

La importancia de notificar estos sucesos radica en la necesidad de un cambio de pensamiento no solo por parte de los profesionales de la salud sino también de las instituciones. Lograr aprender del error requiere solidez humana y profesional, exige un cambio de paradigma enfocado a encontrar soluciones reales e identificar situaciones de riesgo que permitan la prevención. Éste punto, debería constituir un objetivo institucional, siendo necesario el registro de los eventos adversos ya que el posterior análisis de los mismos conlleva a la interpretación de la situación institucional la elaboración de estrategias tendientes a la prevención.

La seguridad desde Atención Primaria

Para definir y entender la importancia de la Atención primaria vamos a citar como ejemplo la definición y fundamentación otorgada por la Organización Mundial de la Salud (2019). En primera instancia menciona que la Atención primaria es un enfoque para la salud y el bienestar de las personas, las familias y las comunidades. Aborda la salud y el bienestar físico, mental y social de una manera global e interrelacionada.

La Atención Primaria pone énfasis en que las personas reciban un tratamiento integral desde la promoción y la prevención, la rehabilitación y los cuidados paliativos, de una forma lo más ajustada posible a su entorno cotidiano.

La definición de Atención Primaria ha tenido varias adaptaciones de acuerdo al contexto. En algunos casos, se ha referido a la prestación de servicios de asistencia sanitaria personal

ambulatoria o de primer nivel. En otros, se ha interpretado como un conjunto de intervenciones sanitarias prioritarias para las poblaciones de ingresos bajos, y en otros casos, se la ha considerado un componente esencial del desarrollo humano con especial hincapié en los aspectos económicos sociales y políticos.

La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente- ANSP (2015), incluyó dentro de la Seguridad desde la atención primaria el apoyo mutuo, el trato entre sí con respeto y el trabajo conjuntamente como un equipo, para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar. La integración y gestión de todo el riesgo ayudará a las organizaciones de atención primaria, incluyendo prácticas, a cumplir con sus objetivos, homologaciones de riesgo y requisitos ejecutivos de sanidad y seguridad. (Mori Yachas, 2017).

Existen ciertos puntos a tener en cuenta dentro de ésta dimensión:

- **Respuesta no punitiva a los errores:** Los mayores obstáculos a una discusión abierta de los errores son el miedo y la vergüenza asociados al hecho de hacer públicos los errores y escasa confianza en que su revelación vaya a generar medidas de mejora continua de calidad, y no amonestaciones. Socialmente está enraizado el hecho de buscar culpabilidad y aplicar castigos entonces aunque una institución trate de evitar las medidas punitivas se hace difícil ante situaciones complejas.
- **Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno:** Situaciones que implican la seguridad del paciente en los cambios de turno, aumentan el riesgo de que se produzcan eventos adversos, por lo que se debe incitar al personal a ser más consciente de la seguridad. Como ejemplo podemos mencionar pacientes con el mismo apellido, ensayos de nuevos equipos o protocolos. En cada comienzo de turno se debe alertar al personal para minimizar los riesgos.
- **Lograr la excelencia en seguridad es un asunto sobre todo de creación de relaciones:** Los líderes que obtienen los resultados más satisfactorios en la adopción de una cultura de seguridad son los que se basan en la confianza y la credibilidad entre los miembros de la organización. El modo en el cual los jefes se enfrentan cada día a diferentes problemas y muestran su nivel de compromiso con la organización y con sus miembros influye en su credibilidad y en el nivel de confianza de que se hacen merecedores.

Enfermería y Seguridad de los Pacientes

Para Mezquida de Alvarado (2011), la cultura de la seguridad, es el conjunto de características y actitudes de las organizaciones y las personas que determinan las cuestiones relacionadas con su seguridad.

Todas las organizaciones que ponen en juego la seguridad, deben desarrollar la cultura de la seguridad para prevenir errores humanos y lograr beneficio de los aspectos positivos de las personas.

Las organizaciones productivas y las que brindan servicios, como lo son obviamente los servicios de salud, involucran en sus prestaciones elementos tanto tecnológicos como humanos o sociales, por lo cual, estamos en presencia de un sistema socio-técnico, en el cual las fallas y errores pueden originarse en ambos elementos y, por ello, deben ser controlados en forma conjunta.

La cultura de la organización está presente en todo momento: cuando se atiende a los pacientes y a su familia, cuando se fijan los objetivos, cuando se desarrollan los procesos y procedimientos durante el desempeño y cuando se rediseña; por ello impacta tanto en la misión, visión y objetivos de la organización. También por esto debe ser parte de la estrategia, la misión, la visión, los objetivos, los indicadores, los proyectos y la forma de trabajar de la organización.

La cultura de la seguridad también tiene beneficios que impactan positivamente en el funcionamiento de la organización, que se logran por la evolución hacia la mejora continua de la calidad, a partir del análisis de los errores. En este contexto, no cunden los rumores ni el temor entre el personal, ya que todos están informados de que puede haber problemas o de que efectivamente los hay, lo que permite, a partir del aprendizaje, reducir la gravedad y la repetición de errores. Al entablarse una comunicación fluida con el fin de prevenir riesgos, y el personal trabaja con más confianza y menos estrés ante la reducción de efectos adversos, disminuyen las probabilidades de daños, lo que produce un impacto positivo en los pacientes.

Según Malvarez y Rodriguez(2011), a lo largo de la historia, la seguridad de los pacientes ha ocupado un lugar central en las preocupaciones de las enfermeras, pues el concepto, aunque sólo hace poco se ha definido en estos términos, se encuentra definitivamente implicado en la noción y el acto de cuidar.

La presencia, la permanencia, la continuidad y la contingencia, son condiciones específicas y distintivas del cuidado de enfermería y constituyen insumos centrales de la atención de salud, a través de la cual es posible proveer protección, confort y apoyo libres de amenazas a la integridad de los sujetos bajo atención.

Por ser el paciente el receptor de los cuidados de salud, la seguridad requiere situarse como un tema transversal a la acción de cuidar, a la construcción teórico-práctica de la enfermería, al diseño e implementación de planes de estudio en la formación básica y de postgrado, a la educación permanente en servicio y a la gestión de servicios de enfermería, con el objeto de avanzar hacia el cuidado seguro.

Para Muñoz y Do Prado (2011), la seguridad del paciente es una dimensión clave de la calidad asistencial y, por tanto, del cuidado de enfermería, e incluye las actuaciones orientadas a eliminar, reducir y mitigar los resultados adversos producidos como consecuencia del proceso de atención a la salud.

El cuidado de enfermería es universal e intrínsecamente valioso y básico para la promoción de la salud, así como es un bien que viabiliza sobrevivir y prosperar. Si el ser humano revela un valor en sí y la vida en sociedad requiere promover la salud para el desempeño de sus actividades, mediante el cuidado en enfermería es posible diagnosticar, reconocer, implementar y validar estrategias pensadas a partir del cliente y, por ende, estimular las posibilidades de sobrevivencia y de prosperidad de la vida humana. El cuidado se manifiesta en la preservación con el mejor potencial de salud de la especie humana y depende de una concepción ética que considera a la vida como un bien valioso en sí.

En ese sentido, lograr un cuidado de enfermería seguro es una responsabilidad ética y un compromiso social. Para esto, se requiere la aplicación estandarizada de prácticas y procedimientos que contribuyan a reducir los eventos adversos de un ejercicio profesional fundado en el respeto al ser humano, desde una perspectiva multidimensional y compleja, así como un compromiso ético-político con la producción y el uso del conocimiento científico.

Para Bakken y Col. (2011), los enfermeros forman el mayor grupo de profesionales de la salud y están al frente de los más distintos servicios de atención médica. En el ámbito de todas sus funciones –asistenciales, administrativas, educativas y de investigación–, los enfermeros enfrentan continuamente la necesidad de tomar decisiones que, de manera directa o indirecta influyen en la calidad de la atención al paciente, y la seguridad del paciente es uno de los componentes esenciales de la calidad de la atención médica. Por tanto, en el proceso de toma de decisiones se encuentran oportunidades de evitar errores que puedan comprometer la seguridad de los pacientes.

El profesional de enfermería necesita datos para tomar decisiones clínicas, para gestionar la calidad y para determinar el cuidado adecuado. De manera general, aunque haya un reconocimiento sobre la importancia de definir los datos y determinar la información útil para garantizar la continuidad de la atención en enfermería, esta documentación no siempre se encuentra disponible.

Se cree que el empleo de los sistemas de información y de la tecnología en el proceso de toma de decisión aumenta la eficiencia de los trabajos, pues brinda informaciones actualizadas y profesionales más capacitadas. Con el uso de las herramientas tecnológicas, los profesionales médicos se beneficiarán de todas las funciones disponibles de los equipos con la finalidad de mejorar las prácticas de gestión y de asistencia en atención a los intereses, que incluyen la calidad de la atención prestada y la seguridad de los pacientes.

Por tanto, los errores en la atención médica son mundialmente frecuentes, de modo que resultan en riesgo potencial y daños de diversos niveles a los pacientes, y ocurren como consecuencia de múltiples factores (características de los pacientes, profesional sin la preparación adecuada, fallas en los sistemas de atención médica, formación/graduación insuficiente y educación continuada de los diferentes profesionales).

Entre las estrategias que con probabilidad conducen a un ambiente menos propenso al error están: el seguimiento de los profesionales a políticas y procedimientos que visen la seguridad, la participación del paciente en su tratamiento, el uso de tecnologías y ambientes que reduzcan la posibilidad de error, el acceso a la información, la educación para la seguridad y el soporte administrativo que asegure adecuada cantidad de personal, con lo cual se facilita el adecuado número de atenciones por cada profesional.

Para Bartoli Cassini, Nogueira Seus y Carneiro Capucho (2011), al hablar de efectos adversos, uno de ellos lo constituyen los errores en la medicación y por ello, las instituciones de salud que desean ofrecer servicios seguros para sus pacientes deben establecer como prioridad en sus estrategias el proceso de medicación, por ser la forma más común de intervención en el cuidado de la salud y la fuente más frecuente de errores.

La administración segura de medicamentos es un objetivo estratégico y un valor principal de la atención al paciente en todos los niveles del sistema de salud. Los medicamentos contribuyen de manera considerable a mejorar la calidad de vida de sus usuarios; sin embargo, su uso no está exento de riesgos ya que si no se cumple con una administración segura puede ponerse en peligro la seguridad de los pacientes hospitalizados y por lo tanto la calidad de la atención prestada a los mismos.

Un error o una falla en la administración de medicamentos pueden tener consecuencias irreparables para el paciente que afectan directamente a la familia y la comunidad.

Los profesionales que participan en cada uno de estos pasos deben entender que sus acciones pueden afectar el comportamiento de todo el conjunto, y por lo tanto deben llevar a cabo su trabajo con seguridad, conciencia, responsabilidad y eficiencia. Cualquier acción de un profesional afecta necesariamente a las acciones de otros profesionales y, en consecuencia, afectará la atención al paciente.

La enfermería actúa en las últimas etapas del proceso de la terapia de medicamentos, es decir, en el extremo de la punta del sistema de medicación; por esta razón se les puede atribuir muchos errores cometidos y no detectados en el inicio o en el medio del sistema en caso de no ser interceptados.

El equipo de enfermería es la última barrera para evitar un error ocurrido en los procesos iniciales, lo que aumenta más su responsabilidad. Al realizar la terapia con medicamentos, el profesional debe tener en cuenta la responsabilidad de la tarea que tiene ante sí, no sólo como una tarea técnico-profesional, sino también como un acto de conciencia social extrema y humana.

De acuerdo a Lastra y Cometto (2011), la seguridad del paciente es uno de los aspectos clave de la calidad que debe convertirse en un objetivo prioritario por tener en cuenta en la atención diaria del paciente, en todas las áreas de salud, pues la prevención de lesiones o de eventos adversos en el paciente como resultado de los procesos asistenciales se considera un componente indispensable e indiscutible para la calidad.

Para lograr cambios en el sistema en cuanto a seguridad se deben considerar algunas pautas. Primero, construir una cultura de seguridad en todas las áreas de atención y hablar de errores para brindar una atención segura; de lo contrario, se seguirán produciendo si no se aceptan. En consecuencia, se debe aprender de ellos, identificarlos, ver por qué se produjeron y saber cuáles fueron las causas, para luego del análisis realizar un cambio.

Aprender de los errores impulsando el desarrollo de sistemas de notificación y registro de eventos adversos o incidentes fue uno de los programas iniciales de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Dicha seguridad es un objetivo prioritario en la mejora de la calidad de los sistemas sanitarios, lo que ha llevado a la búsqueda de recursos que permitan mejorar el conocimiento del origen de estos eventos adversos.

Los sistemas de notificación y registro serán útiles para mejorar la calidad y la seguridad del paciente en la medida en que se constituyan en un elemento del sistema de vigilancia que supone no sólo la identificación o la notificación, sino además el análisis y la

interpretación de la toma de decisiones concretas y su explicitación entre un mecanismo de retorno de la información a los profesionales.

Por lo tanto, en el marco de una sanidad más globalizada nos enfrentamos a los retos de ofrecer una atención sanitaria más segura, en la cual aprender de los errores se impone como un medio eficaz de la mejora. Para lograrlo es necesario el trabajo en equipo, profesionales, gestores y pacientes para impulsar ese cambio cultural que permita el desarrollo de aptitudes y estilos de trabajos orientados a la reducción del daño innecesario asociado a la atención sanitaria.

Clima Organizacional

Para Hernández, Prats y Hernández (2020), el clima organizacional constituye una figuración de las características de la organización, así como las características personales de un individuo pueden constituir su personalidad. Es obvio que el clima organizacional influye en el comportamiento de un individuo en su trabajo, así como el clima atmosférico puede jugar un cierto papel en su forma de comportarse. El clima organizacional es un componente multidimensional de elementos al igual que el clima atmosférico.

El diagnóstico del clima organizacional sirve para determinar cómo y hacia dónde se está dirigiendo una institución, el ambiente laboral externo e interno es una parte importante en el trabajo que se realiza día a día en una institución, porque contribuye a tener un relación de trabajo favorable y aporta fortaleza que motiva a los colaboradores a ejecutar sus actividades con mayor compromiso y cuidado, coadyuvando al cumplimiento de la visión, misión, metas, así como los objetivos específicos de la institución.

El ambiente donde una persona desempeña su trabajo diariamente, el trato que un jefe tiene con sus subordinados, la interacción de los compañeros de trabajo e incluso la relación con proveedores y clientes, van conformando el “Clima Organizacional”. Éste puede ser un potenciador o un obstáculo para el buen desempeño de la organización. Puede ser un factor de distinción e influencia en el comportamiento de quienes la integran, en suma, es la expresión personal de la “percepción” que los trabajadores y directivos se forman de la organización a la que pertenecen, lo que incide directamente en el desempeño de la organización.

Para Alvarado (2014), los estudios de Clima Organizacional, se utilizan con el objetivo de encontrar los motivos, causas o razones por las cuales un ambiente genera motivación, productividad o alto rendimiento o por el contrario, los motivos por los cuales, un ambiente genera insatisfacción, improductividad y bajo rendimiento. Existen diferentes teorías que permiten diversos tipos de aproximaciones. Una de ellas es la postulada por Frederick Herzberg, quien postuló la teoría de los dos factores del clima laboral, basándose en la

satisfacción de necesidades de la pirámide de Maslow, agrupando en dos categorías los factores que influyen en el clima laboral: los de higiene y los motivacionales. Los factores de higiene son los elementos ambientales, que necesitan ser constantemente supervisados para evitar la insatisfacción del personal.

Por otra parte, los factores motivacionales surgen desde el interior de la compañía, y tienen que ver con la satisfacción y las oportunidades que el trabajo ofrezca al personal. De acuerdo con esta teoría, los dirigentes o líderes de la organización tienen la obligación de motivar a los demás colaboradores y generar un ambiente óptimo para el desarrollo de las actividades dentro de la empresa en tanto involucra los sentimientos relacionados con el crecimiento y desarrollo personal, el reconocimiento profesional, las necesidades de autorrealización.

Competencia laboral

Una competencia laboral se define como el conjunto de conocimientos habilidades y destrezas que debe poseer una persona para desempeñar un trabajo o una labor específica. Dichas competencias le permiten al individuo realizar sus tareas con el mejor desempeño posible para cumplir con los objetivos de la empresa. Las competencias están íntimamente relacionadas con la capacitación y el nivel educativo que posea cada trabajador.

En el año 2011 la Revista Cubana de Enfermería publicó un artículo llamado “Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente”, donde el objetivo del mismo fue determinar la vinculación de las competencias genéricas con las acciones que realiza el personal de enfermería para la seguridad del paciente. Entendiendo que para la profesión de Enfermería las competencias laborales son importantes dada su misión, relacionada con el cuidado para mantener o recuperar la salud prevenir enfermedades y rehabilitar a las personas con secuelas.

Cuando mencionan competencias genéricas se refieren a las habilidades personales e interpersonales con sensibilidad y pericia profesional expresada en el humanismo y la solidaridad; el dominio de las bases científicas de la profesión para realizar la atención de enfermería en la solución de problemas y toma de decisiones con flexibilidad y creatividad mental; las habilidades en la comunicación efectiva con pacientes, familiares y demás miembros del equipo de salud; la atención integral al aplicar el Proceso de atención de Enfermería como método científico de la profesión y por último la aplicación de los principios de asepsia y antisepsia en la ejecución de acciones y procedimientos que le permitan cumplir con las normas de bioseguridad.

Para llevar adelante la ejecución de estas competencias plantean diferentes actividades que forman parte del cuidado diario que proporciona el personal a cargo de la atención sanitaria tales como el orden en la unidad del paciente, la asistencia en las medidas de prevención para evitar caídas o lesiones producidas por el reposo del paciente, la correcta identificación del usuario el mantenimiento de la comunicación asertiva, la satisfacción de las necesidades básicas del paciente.

La publicación concluye con que se evidencia que la responsabilidad profesional está implícita en el acto del cuidado, lo que demanda una formación de enfermeros con visión científica de la profesión, preocupada por el bien de la humanidad, capaz de brindar cuidados oportunos de calidad y libres de riesgo.

El artículo también rescató el trabajo de investigación que realizó la Licenciada en Enfermería Lidia Eugenia publicado en la Revista Mexicana de Enfermería donde hace referencia a diferentes informes en relación a la seguridad del paciente, los cuales afirman que:

- El Instituto de Medicina de USA estimó que los "errores médicos" causan entre 44,000 y 98, 000 defunciones cada año en los hospitales de los Estados Unidos de América, más que los accidentes de automóvil, el cáncer de mama o el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- El Departamento de Salud del Reino Unido, en su informe de 2000, An organization with a memory, estimó que se producen eventos adversos en cerca del 10 % de las hospitalizaciones.
- El Grupo de Trabajo sobre la Calidad de la Atención de Hospitales en Europa en 2000 estimó que uno de cada diez pacientes de los hospitales europeos sufre daños que se pueden evitar y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos.

Variable Nominal	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala y Valores
	Como percibe o simboliza el personal de enfermería la seguridad del paciente y como ésta impacta sobre el cuidado brindado.	Área de trabajo	Apoyo mutuo Suficiente personal Trabajo en equipo Trato con respeto Medidas de precauciones Sobrecarga laboral	Nunca(1)

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Universidad Nacional del Comahue
Facultad de ciencias del ambiente y la salud
Licenciatura en enfermería

Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente		Dirección	Comentarios favorables Sugerencias del personal Trabajo a presión Problemas de seguridad	Casi nunca(2) A Veces(3) Casi Siempre(4) Siempre(5)
		Comunicación	Informa cambios Cuestiona decisiones Discuten errores Miedo hacer preguntas	ESCALA LIKERT 80-100 (Muy satisfactorio) 59-79(Medianamente satis.) 58-38 (Satisfactorio) 38-18 (Poco Satis.) 1-17 (Nada Satis.)
		Sucesos notificados	Notifica errores graves Notifica errores mínimos	
		Atención Primaria	Ambiente seguro Cambios de turno Seguridad es prioritaria Interés por la seguridad	



CAPITULO III

METODOLOGÍA /MATERIALES Y MÉTODOS

Contexto donde se realizó la investigación

La institución que se eligió para realizar el proyecto de investigación es Policlínico Neuquén S.A, el cual se fundó en el año 1964, por lo cual tiene una trayectoria de 57 años.

Brinda servicios tendientes a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades a toda la población de Neuquén Capital, localidades vecinas y ciudades que se encuentran en el interior de la provincia. Se accede a la mencionada atención mediante obras sociales, convenios con el Sistema de Salud Pública o de forma particular.

Cuenta con los servicios de guardia de adulto, pediátricos y ginecológica; consultorios externos; un área clínica quirúrgica de adultos; un área de maternidad, donde también se recepcionan cirugías ginecológicas y posee una sala de partos; un servicio de pediatría, unidad de cuidado intensivo neonatal, pediátrico y adulto. Posee servicios terciarizados de diagnóstico por imágenes donde se realizan, ecografías, mamografías y tomografías; un servicio de laboratorio y bacteriología, hemoterapia anatomía patológica. Se pueden encontrar especialidades como gastroenterología, urología, neurología endocrinología, dermatología, cardiología, dietología y nutrición, neumonología, clínica médica, oncología, nefrología, kinesiología y otorrinolaringología, entre otras. También debemos mencionar que posee una unidad de trasplantes renales, y un espacio destinado a la preparación y administración de citostáticos.

El organigrama de la institución se compone por:

- Nivel gerencial, que abarca el directorio, la asesoría contable y la asesoría legal.
- Nivel funcional Administrativo, que incluye el departamento de enfermería, oficina de personal, los jefes de los servicios médicos y contaduría.
- Nivel funcional operativo, donde se ubican enfermeras/os de campo, depósito de medicamentos, sector de economato, gestión de capital humano, gestión de seguridad del paciente, gestión docencia, gestión de recursos materiales, y servicios auxiliares.
- Nivel de servicios médicos, aquí se incluye medicina laboral y los diferentes jefes de las áreas como quirófano, terapias intensivas, etc.
- Nivel de servicios auxiliares, y finalmente aquí se encuentra el personal de las áreas de admisión, secretarías, personal de limpieza, camilleros, etc.

La capacidad disponible de unidades de internación es de 148 camas, en la actualidad se encuentran 127 unidades en condiciones de ser utilizadas. El porcentaje de ocupación varía entre el 50 y el 56 %, aunque el mismo disminuye en feriados o fines de semana variando entre el 40 y el 44 %.

El área donde se llevó a cabo el trabajo de investigación se denomina Área Clínica Quirúrgica, la cual se distribuye en dos servicios:

- 1° piso: posee un total de 27 unidades de internación, los motivos de ingreso en este servicio son variados ya que se reciben cirugías generales, de traumatología u otras

especialidades. Pacientes con afecciones como insuficiencia renal, cardiaca, trastornos metabólicos, accidentes de tránsito, etc.

- 5° piso: el cual cuenta con 14 unidades de internación, aquí la mayoría de las habitaciones son individuales, por lo tanto los motivos de ocupación también son variados. Se reciben a los pacientes que son sometidos a trasplante renal, otros que reciben tratamientos quimioterápicos, internación conjunta (madres con sus recién nacidos), o pacientes que requieran algún tipo de aislamiento principalmente de protección.

El equipo de trabajo que conformado por un total de 32 personas, de las cuales 2 se encuentran en el nivel jerárquico, es decir, son jefes de unidad. El resto del plantel se divide de acuerdo a su formación en:

- Auxiliares de enfermería: 16
- Técnicos: 14
- Lic. En enfermería: 2

Los horarios de trabajo se componen de 8 horas de trabajo durante 6 días consecutivos con dos días de franco, los turnos son rotativos es decir turno mañana (de 6 a 14 hs), turno tarde (de 14 a 22 hs) y turno noche (de 22 a 06 hs). La distribución del plantel varía de acuerdo a los turnos, 7 enfermeros en turno mañana de los cuales 5 son asignados a 1° piso y 2 a 5° piso con una relación de 5 o 6 pacientes por enfermero/a. En el turno tarde, generalmente, son 6 personas trabajando, 4 en 1° piso y 2 en 5° piso, con una relación de de 6 o 7 pacientes por enfermero y en el turno noche quedan 5 enfermeros 3 para 1° piso y 2 para 5° piso (dependiendo de la ocupación) con una relación de 9 pacientes por enfermero en 1° piso y 6 o 7 pacientes por enfermero en 5° piso. Durante el mes de junio y julio se contó con la presencia de estudiantes de enfermería, quienes colaboran con tareas básicas supervisadas por un docente.

También es importante marcar que dentro del total del personal se encuentran 4 personas con tareas adecuadas, es decir, no se les asigna la atención directa de paciente, si tareas administrativas o que no requieran mayor esfuerzo físico. Esta situación muchas veces desencadena sobrecarga laboral y la necesidad de recargos por parte del personal del servicio o de personas que tienen doble empleo en otras instituciones y se las llama para la cobertura de guardias.

DISEÑO METODOLÓGICO

El trabajo de investigación se basó en el estudio de tipo descriptivo, buscando especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describiendo tendencias de un grupo o población. Sampieri Hernández (2004)

En este estudio se trató de describir la Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente que tuvo el Personal de Enfermería del área clínica quirúrgica de Policlínico Neuquén, durante el primer semestre del 2021.

Se trató de un diseño cuantitativo, no experimental ya que usó la recolección de datos con base a la medición numérica y el análisis estadístico.

Fue de corte transversal porque se recolectaron datos en un momento dado, es decir, durante el primer semestre del 2021.

Muestra

Se entiende como muestra a una parte o subgrupo de la población. En el presente estudio la muestra quedó conformada por la totalidad del personal de Enfermería que conforma el servicio de clínica quirúrgica, y de ellos solo se tomo al nivel operativo. Dicho nivel está conformado por un total de 30 personas.

Muestreo

Se utilizó el Muestreo No Probabilístico Intencional por Conveniencia. El mismo consiste en una técnica de muestreo no probabilístico donde los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador; es decir, los sujetos de una investigación específica, son seleccionados para el estudio sólo porque son más fáciles de reclutar, aunque a diferencia de otros estudios realizados con esta técnica, aquí si se tuvo presente los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión y Exclusión:

- Se tuvo en cuenta como criterios de inclusión:
 - ✓ Ser personal de enfermería de nivel operativo
 - ✓ Desempeñarse en el área de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén
 - ✓ Voluntad de participación en la investigación

- Se tuvo en cuenta como criterios de exclusión:

- ✓ Pertener al nivel de gestión- supervisión
- ✓ Desempeñarse en otras áreas o servicios del Policlínico Neuquén
- ✓ La voluntad de no participar en la investigación.

RECOLECCIÓN DE DATOS /INSTRUMENTO

Se utilizó una encuesta autoadministrada. La misma corresponde a “Hospital Survey on Patient Safety Culture” patrocinada por el Medical Errors Work group of The Quality Interagency Cordination Task Force (QuIC), instrumento de uso público para hospitales que evalúa la cultura desde la perspectiva de los empleados. Se aplicó la versión traducida por el Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad de la Universidad de Murcia (2006), dicho instrumento ya ha sido validado por comité de expertos certificando validez y pertinencia y claridad del mismo.

El instrumento contempló 5 dimensiones de análisis con sus correspondientes indicadores donde se asigna un puntaje con la siguiente escala de valores:

1Nunca. **2**. Casi Nunca **3**. A veces **4**. Casi siempre **5**. Siempre

Se utilizara la siguiente escala LIKERT

80-100 (Muy satisfactorio)

59-79(Medianamente satisfactorio)

58-38 (Satisfactorio)

38-18 (Poco Satisfactorio)

1-17 (Nada Satisfactorio)

APORTE DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación tiene la intencionalidad de poder contribuir al desarrollo del conocimiento de la disciplina Enfermera. Ya que permitió replantear la práctica del cuidado, el cual constituye el eslabón principal de la profesión de enfermería, en relación a la Cultura Organizacional de la Seguridad del Paciente.

Universidad Nacional del Comahue
Facultad de ciencias del ambiente y la salud
Licenciatura en enfermería

Previamente se enfatizó que el Personal de Enfermería es quien desarrolla la mayor cantidad de actividades con el paciente, por ello existen mayores probabilidades de que se produzcan eventos adversos. De ahí surge la necesidad de poder analizar y comprender la cultura de seguridad que se lleva adelante, mediante la descripción de la percepción que el personal posee.

Estos hallazgos darán paso a la elaboración de estrategias que favorezcan una mejora y fortalecimiento de la práctica del cuidado, obteniendo como resultado final una atención segura.

CAPITULO IV

Resultados y discusión

El estudio se basó en entrevistas realizadas al personal que se desempeña en el servicio de clínica quirúrgica de policlínico Neuquén. La población total fue 32 individuos en tanto teniendo en cuenta los criterios de inclusión expuestos en el capítulo anterior, la muestra

correspondió a un N de 30 personal de enfermería. Las entrevistas se dividieron en dos momentos, en el primero de ellos los entrevistados respondieron aspectos relacionadas a su situación sociodemográfica. En el segundo momento se buscó identificar la percepción que el personal posee sobre la seguridad del paciente, abordando 5 dimensiones, cada una con sus respectivos indicadores.

Población: 32 personas.

Muestra: N= 30 personas

Datos sociodemográficos

Tabla 1

Datos generales del Personal de enfermería del Servicio de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén, período marzo/junio 2021 Neuquén.

Datos generales	Categorización	Cantidad	Porcentaje
Edad	20 a 35 años	11	37 %
	36 a 50 años	15	50 %
	51 a 65 años	4	13%
Sexo	Femenino	23	77%
	Masculino	7	23%
Tiempo laboral en la institución	0 a 1 año	7	23%
	1 a 5 años	2	7%
	6 a 10 años	8	27%
	Más de 10 años	13	43%
Tiempo laboral en el servicio	0 a 1 año	8	27%
	1 a 5 años	1	3%
	6 a 10 años	9	30%
	Más de 10 años	12	40%

Fuente: Instrumento de medición de los datos generales aplicados al personal del servicio de clínica quirúrgica del policlínico Neuquén, durante el periodo marzo/junio del año 2021. Recuperado de Mori Yachas- 2018

En relación a los datos generales del personal de enfermería Se identificó que según el sexo predomina el género femenino, correspondiente a un 77 %. En tanto, el rango etario que prevalece corresponde al de 36 a 50 años, con un porcentaje del 50%.

En tanto del total de la muestra el 43% del personal hace más de 10 años que trabaja en la institución mientras que el 40% de ellos lleva más de 10 años trabajando en el servicio.

Históricamente la profesión de enfermería se les ha atribuido a las mujeres. Se han asociado en muy diversas sociedades y culturas, y a lo largo del tiempo, el acto de cuidar con el género femenino. Pero poco a poco esta visión está cambiando y están

desapareciendo las diferencias de género, resituando las diferencias en el ámbito de lo individual, es decir, lo masculino y lo femenino como parte de cada individuo independientemente de su sexo. Por ello el servicio de clínica quirúrgica no es ajeno a esta realidad el cual se vio reflejado en los porcentajes de hombres y mujeres trabajando allí.

Tabla 2

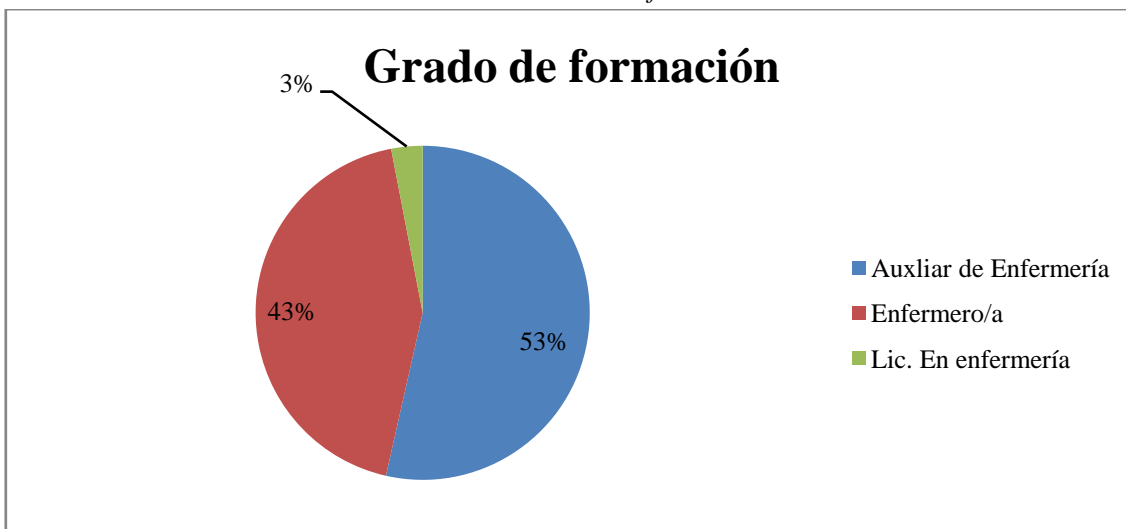
Nivel de formación y antigüedad en el ejercicio de la profesión del personal del servicio de clínica quirúrgica del Policlínico Neuquén, Neuquen-2021.

Formación	Categorización	Cantidad	Porcentaje
Grado de Formación que posee	Auxiliar de enfermería	16	53%
	Enfermero/as	13	43%
	Licenciado/a en enfermería	1	3 %
Tiempo que lleva ejerciendo la profesión	Recién comienzo	6	20 %
	1 a 5 años	2	7 %
	6 a 10 años	7	23 %
	Más de 10 años	15	50 %

Fuente: Instrumento de medición de los datos generales aplicados al personal del servicio de clínica quirúrgica de policlínico Neuquén, durante el periodo marzo/junio del año 2021. Recuperado de Mori Yachas-2018

Figura 1

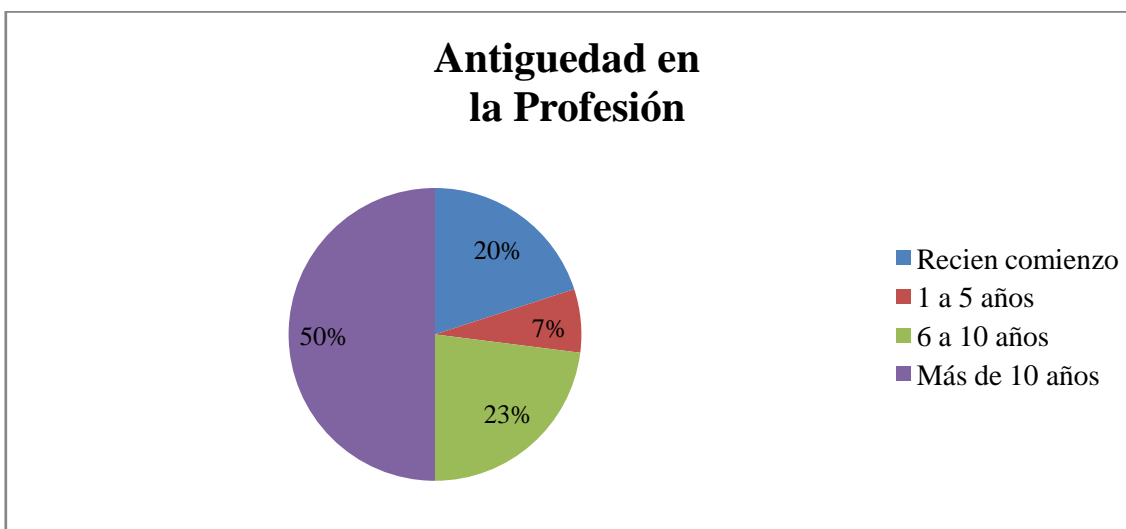
Nivel de formación en el ejercicio de la profesión del personal del servicio de clínica quirúrgica del Policlínico Neuquén, Neuquen-2021.



Nota: El gráfico representa el nivel de formación del personal del área de clínica quirúrgica del Policlínico Neuquén. Neuquén- 2021

Figura 2

Antigüedad en el ejercicio de la profesión del personal del servicio de clínica quirúrgica del Policlínico Neuquén, Neuquén-2021.



Nota: El gráfico representa el tiempo que lleva ejerciendo la profesión el personal del servicio de clínica quirúrgica del Policlínico Neuquén. Neuquén- 2021

En cuanto a la formación académica del grupo, el mayor porcentaje pertenece a los auxiliares en enfermería correspondiendo a un 53 %, en tanto que los Técnicos en Enfermería corresponden a un 43% del personal y en tanto a la antigüedad el 50% hace más de 10 años que ejerce la profesión de enfermería.

La formación para el trabajo de la disciplina enfermera resulta de una interrelación entre educación, experiencia laboral y formación específica adquirida a lo largo del proceso de cuidar. Desde este proceso se dan las competencias, de la práctica social, de las instituciones empleadoras y de los gestores de capacitación dentro del servicio.

Para enfermería las competencias laborales son importantes ya que están estrechamente relacionadas con el cuidado de los pacientes, para recuperar su salud, prevenir eventos adversos y ayudar a la persona en su rehabilitación y pronto egreso de las instituciones de salud, a fin de garantizar la seguridad del paciente.

En este sentido, Muñoz y Do Prado (2011) sostienen que lograr un cuidado de enfermería seguro es una responsabilidad ética y un compromiso social. Para esto, se requiere de un cuidado basado en conocimientos, prácticas y procedimientos que contribuyan a reducir los eventos adversos de un ejercicio profesional fundado en el respeto al ser humano, desde una perspectiva multidimensional y compleja, así como un compromiso ético-político con la producción y el uso del conocimiento.

Al respecto, Malvarez y Rodriguez (2011) coinciden con lo analizado, expresando que por ser el paciente el receptor de los cuidados de salud, la seguridad requiere situarse como un tema transversal a la acción de cuidar, a la construcción teórico-práctica de la enfermería, al diseño e implementación de planes de estudio en la formación básica y de postgrado, a la educación permanente en servicio y a la gestión de servicios de enfermería, con el objeto de avanzar hacia el cuidado seguro.

Dimensión “Seguridad en el área de trabajo”

En esta Dimensión se valoraron las condiciones de trabajo del lugar, es decir el ambiente en el que se desenvuelven los trabajadores de salud. Mediante las preguntas se intentó conocer la identificación que ellos hacen de la seguridad y su responsabilidad en las actividades llevadas adelante.

Tabla 3

Seguridad en el área de trabajo según indicadores y respuestas del Personal de Enfermería del Servicio de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén. Neuquén-2021

*Universidad Nacional del Comahue
Facultad de ciencias del ambiente y la salud
Licenciatura en enfermería*

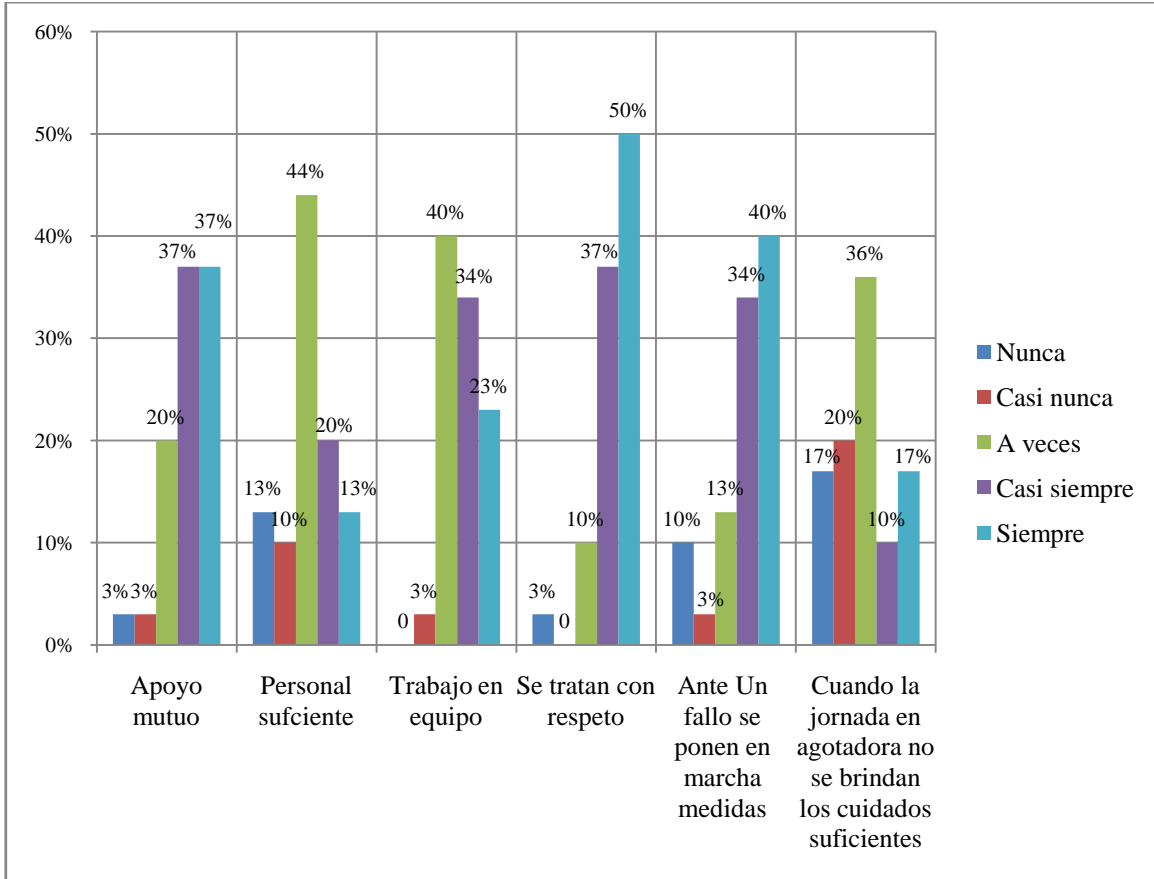
Indicadores	Respuestas										Totales	
	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre			
	Sub	%	Sub	%	Sub	%	Sub	%	Sub	%		%
El personal de enfermería se apoya mutuamente	1	3%	1	3%	6	20%	11	37%	11	37%	30	100%
Hay personal para afrontar la carga laboral	4	13%	3	10%	13	44%	6	20%	4	13%	30	100%
Trabajamos en equipo cuando tenemos mucho trabajo	-	-	1	3%	12	40%	10	34%	7	23%	30	100%
En el servicio el profesional de enfermería se trata con respeto	1	3%	-	-	3	10%	11	37%	15	50%	30	100%
Ante algún fallo se ponen en marcha medidas para evitarlo	3	10%	1	3%	4	13%	10	34%	12	40%	30	100%
Cuando la jornada laboral es agotadora no se brindan los cuidados de enfermería suficientes.	5	17%	6	20%	11	36%	3	10%	5	17%	30	100%

Fuente: Instrumento de medición de la percepción de la cultura de Seguridad del paciente, aplicado al personal del servicio de clínica quirúrgica del policlínico Neuquén. Neuquén- 2021. Recuperado de Mori Yachas- Perú 2018

Figura 3

Seguridad en el área de trabajo según indicadores y respuestas del Personal de Enfermería del Servicio de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén. Neuquén-2021

Universidad Nacional del Comahue
Facultad de ciencias del ambiente y la salud
Licenciatura en enfermería



Nota: El grafico representa las respuestas del personal del servicio clínica quirúrgica del Policlínico Neuquén, respecto a los indicadores enmarcados en la dimensión de Seguridad en el área de trabajo. Neuquén- 2021

A partir de la Dimensión de Seguridad en el área de trabajo y en relación al indicador apoyo mutuo se observó que las respuestas casi siempre y siempre fueron del 37%. Hallazgo que coincide con lo postulado por Mori Yachas (2018), donde afirma que el apoyo mutuo incluye el respeto con el cual se tratan entre si y trabajan conjuntamente como equipo para gestionar sus riesgos e identificar y valorar cuestiones que pueden fallar.

Por su parte, los autores Lastra y Cometto (año 2011) mencionan implícitamente la colaboración mutua al decir, En el marco de una sanidad más globalizada nos enfrentamos a los retos de ofrecer una atención sanitaria más segura, en la cual aprender de los errores se impone como un medio eficaz de la mejora. Para lograrlo es necesario el trabajo en equipo, profesionales, gestores y pacientes para impulsar ese cambio cultural que permita el desarrollo de aptitudes y estilos de trabajos orientados a la reducción del daño innecesario asociado a la atención sanitaria.

El 44% responde que solo a veces existe el personal suficiente para afrontar la carga laboral, así como también solo a veces fue el mayor porcentaje a la hora de consultar por el

trabajo en equipo el cual correspondió al 40%. Pero debemos marcar que el 50% respondió que se tratan con respeto.

El aporte de Martínez Ques (2007) menciona que la provisión de personal apropiado permite que las enfermeras maximicen su vigilancia profesional con los pacientes que tienen asignados. La falta de vigilancia, puede conducir a eventos adversos o al fallo de rescate, término que se define como el deterioro en la condición de un paciente que hubiera podido ser evitado mediante la precoz intervención de una enfermera que actuara e forma apropiada.

En relación al indicador que muestra la puesta en marcha de medidas ante una contingencia, las respuestas de casi siempre y siempre representaron el 34% y 40 % respectivamente.

Poner en marcha medidas ante una contingencia coincide con de Lastra y Cometto (2011) al decir que “la seguridad del paciente es uno de los aspectos clave de la calidad que debe convertirse en un objetivo prioritario por tener en cuenta en la atención diaria del paciente, en todas las áreas de salud, pues la prevención de lesiones o de eventos adversos en el paciente como resultado de los procesos asistenciales se considera un componente indispensable e indiscutible para la calidad”.

Finalmente cuando se les preguntó si los cuidados no eran suficientes cuando la jornada era agotadora el 36% respondió que a veces un 20% que casi nunca en comparación a 10% que respondió casi siempre.

Este hallazgo coincide con lo expuesto por Soria Etelvina Milagros (2012), al decir que “El número de asistentes, las jornadas laborales prolongadas, las interrupciones de la asistencia, los cambios de turnos, traen aparejado errores de comunicación, los más frecuentes son, omisión de medicación, equivocación de dosis o de paciente. También expone que en nuestro país Las condiciones de trabajo del personal de enfermería se caracterizan por la sobrecarga laboral, las jornadas extensas de trabajo, los turnos rotativos, los cambios frecuentes dentro de un mismo servicio o institución, la carga psicológica, los riesgos biológicos, físicos y químicos, y los salarios generalmente bajos y variables

Dimensión “Seguridad brindada por la dirección”

Para que la organización pueda brindar un clima organizacional seguro y demostrar que la seguridad del paciente es prioridad, los líderes de la organización deben ser visibles y el personal a cargo debe sentirse confiado en realizar los aportes que crean necesarios.

Por ello se les realizó preguntas a los profesionales para determinar cómo perciben el accionar de la dirección así como perciben su intervención en la atención del paciente.

Tabla 4

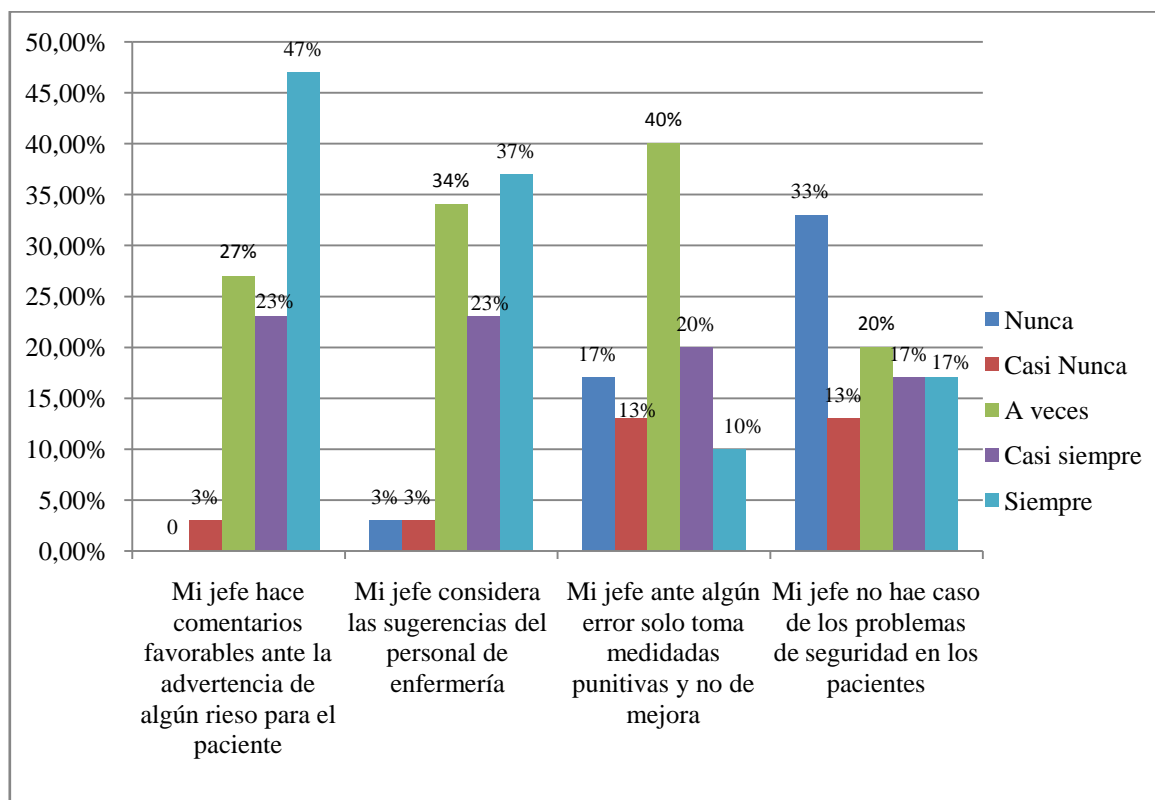
Seguridad brindada por la dirección según indicadores y respuestas del Personal de Enfermería del Servicio de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén. Neuquén-2021

Indicadores	Respuestas										Totales	
	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre			
	Sub	%	Sub	%	Sub	%	Sub	%	Sub	%		%
Mi jefe hace comentarios favorables ante la advertencia de algún riesgo para el paciente	-	-	1	3%	8	27%	7	23%	14	47%	30	100%
Mi jefe considera las sugerencias del personal de enfermería	1	3%	1	3%	10	34%	7	23%	11	37%	30	100%
Mi jefe ante algún error solo toma medidas punitivas y no de mejora	5	17%	4	13%	12	40%	6	20%	3	10%	30	100%
Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes.	10	33%	4	13%	6	20%	5	17%	5	17%	30	100%

Fuente: Instrumento de medición de la percepción de la cultura de Seguridad del paciente, aplicado al personal del servicio de clínica quirúrgica del policlínico Neuquén. Neuquén- 2021. Recuperado de Mori Yachas- Perú 2018

Figura 4

Seguridad brindada por la dirección según indicadores y respuestas del Personal de Enfermería del Servicio de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén. Neuquén-2021



Nota: El gráfico representa las respuestas del personal del servicio clínica quirúrgica del Policlínico Neuquén, respecto a la Seguridad brindada por la dirección Neuquén- 2021

En relación a la Seguridad brindada por la dirección el 47% del personal respondió que el jefe hace comentarios favorables ante la advertencia de algún riesgo para el paciente y nadie respondió que nunca.

Ante el indicador del jefe que considera las sugerencias del personal de enfermería un 37% respondió que siempre, en tanto un 34% respondió que solo a veces.

Éstos indicadores se encuentran estrechamente relacionados con las teorías del clima organizacional que analiza en su investigación Alvarado Gallardo (2014), una de ellas es la teoría de los dos factores del clima laboral, que se relacionan directamente con la satisfacción de necesidades de la pirámide de Maslow, en donde los factores motivacionales surgen desde el interior de la compañía, y tienen que ver con la satisfacción y las oportunidades que el trabajo ofrece al personal. De acuerdo con esta teoría, los líderes de la organización tienen la obligación de motivar a los demás colaboradores y generar un ambiente óptimo para el desarrollo de las actividades dentro de la empresa en tanto

involucra los sentimientos relacionados con el crecimiento y desarrollo personal, el reconocimiento profesional, las necesidades de autorrealización.

Otro indicador hace alusión a la implementación de medidas punitivas, donde el 40% del personal contestó que a veces el jefe ante algún error toma medidas punitivas y no de mejora mientras que un 20% respondió que esta situación es así casi siempre.

El punto anterior es abordado por Mori Yachas (2018), que enfatiza que la acción de buscar culpables y aplicar medidas punitivas está enraizado en el tejido social, lo cual dificulta la discusión abierta de errores ya que el miedo y la vergüenza a que los errores se hagan públicos y no existe certeza de que la revelación de los mismos sea para generar cambios en busca de mejora en la calidad de atención.

Por su parte Estévez Díaz, J., Jiménez Sierra, L. y Silva Sanabria, M. (2017), abordan este tema en su trabajo de investigación donde como resultado encontraron similitudes preocupantes en los resultados de la dimensión de respuesta no punitiva a los errores, que evidenció que el personal siente el temor de respuesta punitiva ante reportar un error. Estos autores mencionan al autor Jardali & Sheikh (2014) quien afirma que las razones para no comunicar o notificar los errores que se detallan en su investigación incluyen el temor, la humillación y la presencia de una respuesta punitiva al error por ello es necesario animar a los profesionales de salud donde se sientan libres y seguros de notificar los eventos sin miedo a ser culpados dado su intención positiva en la mejora de la seguridad del paciente.

Por último un 33% contestó que nunca el jefe no hace caso de los problemas de seguridad del paciente pero cabe señalar que un 17 % respondió que siempre o casi siempre.

Al respecto, Araujo Chávez (2013) menciona que el ministerio de salud y política social de Perú, 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; en concordancia a la propuesto por la organización mundial de la salud.

Así lo afirma Soria (2012), al decir que la finalidad de conocer los comportamientos y actitudes que caracterizan a una organización son la base para llevar a cabo un plan estratégico que permita la gestión de la seguridad del paciente, con procesos que puedan ser evaluados.

Dimensión “Seguridad desde la comunicación”

La trasmisión de una correcta comunicación incluye información de los errores, cambios que se han implementado y modos de prevenir errores. Es importante desarrollar vías para comunicar abiertamente y escuchar a los pacientes.

Tabla 5

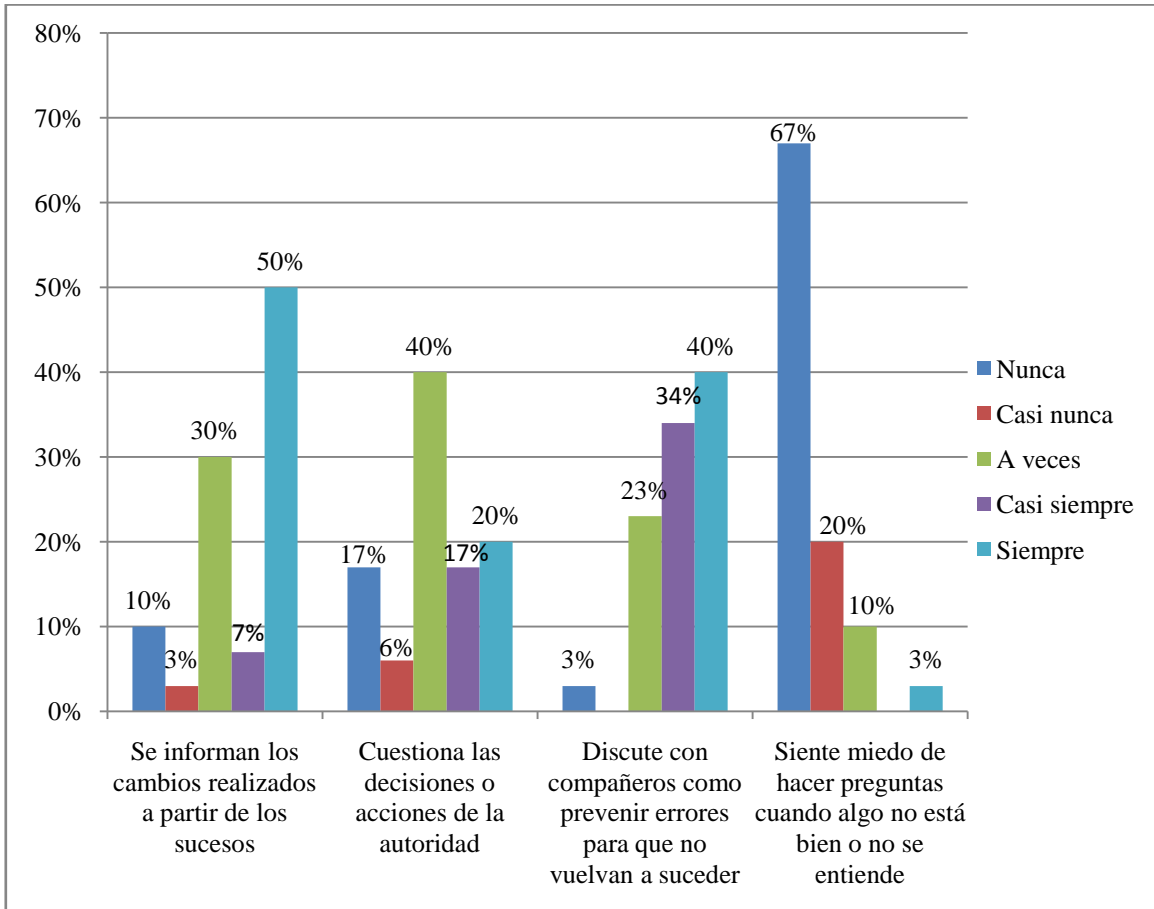
Seguridad desde la comunicación según indicadores y respuestas del Personal de Enfermería del Servicio de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén. Neuquén-2021

Indicadores	Respuestas										Totales	
	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre			
	Sub	%	Sub	%	Sub	%	Sub	%	Sub	%		%
Se informan los cambios realizados a partir de los sucesos	3	10%	1	3%	9	30%	2	7%	15	50%	30	100%
Cuestiona las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	5	17%	2	6%	12	40%	5	17%	6	20%	30	100%
Discuten entre compañeros como prevenir errores para que no vuelvan a suceder	1	3%	-	-	7	23%	10	34%	12	40%	30	100%
Siente miedo de hacer preguntas cuando algo no está bien o no se entiende	20	67%	6	20%	3	10%	-	-	1	3%	30	100%

Fuente: Instrumento de medición de la percepción de la cultura de Seguridad del paciente, aplicado al personal del servicio de clínica quirúrgica del policlínico Neuquén. Neuquén- 2021. Recuperado de Mori Yachas- Perú 2018

Figura 5

Seguridad desde la comunicación según indicadores y respuestas del Personal de Enfermería del Servicio de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén. Neuquén-2021



Nota: El gráfico representa las respuestas del personal del servicio clínica quirúrgica del Policlínico Neuquén, respecto a la Seguridad desde la comunicación. Neuquén- 2021

En relación a la dimensión de Seguridad desde la comunicación y sus indicadores, el 50% del personal respondió que siempre se informan los cambios realizados a partir de los sucesos, aunque hubo un 30% que aseguró que solo a veces se informan.

La Organización Mundial de la Salud junto con la Joint Commission International (2006) indican como meta a la comunicación efectiva, la cual se pone en evidencia en los resultados obtenidos, postulando que, la información que se comunica, dentro del equipo de Salud, debe propiciar la continuidad de la atención en todos los niveles y entre todos los profesionales que participan de la misma.

Por su parte, Mezquida de Alvarado (2011) propone que La cultura de la seguridad también tiene beneficios que impactan positivamente en el funcionamiento de la organización, que se logran por la evolución hacia la mejora continua de la calidad, a partir del análisis de los

errores. En este contexto, no cunden los rumores ni el temor entre el personal, ya que todos están informados de que puede haber problemas o de que efectivamente los hay, lo que permite, a partir del aprendizaje, reducir la gravedad y la repetición de errores. Al entablarse una comunicación fluida con el fin de prevenir riesgos, y el personal trabaja con más confianza y menos estrés ante la reducción de efectos adversos, disminuyen las probabilidades de daños, lo que produce un impacto positivo en los pacientes.

El 40% del personal afirmó que a veces cuestionan las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad, en tanto un 20 % lo hace siempre.

Cuando se les planteó si discuten entre compañeros como prevenir errores para que no vuelvan a suceder el 40% respondió que siempre lo hace y solo un 3% respondió que nunca.

El 67% nunca siente miedo de hacer preguntas cuando algo no está bien o no se entiende.

Estos resultados contrastan con los presentados por Estévez Díaz, J., Jiménez Sierra, L. y Silva Sanabria, M. (2017), ya que estas autoras obtuvieron resultados diferentes en la Dimensión Franqueza en la Comunicación donde el 68,8% comenta que no tienen la libertad en cuestionar las decisiones de sus superiores, el 75% teme, en hacer preguntas en lo que parece se ha hecho en forma incorrecta, aunque el 62,5% habla con libertad cuando se trata de algo que pueda afectar al paciente. Por lo tanto para estas autoras el resultado de la sumatoria es preocupante ya que el 54,16 % hace referencia en que no hay franqueza en la comunicación considerándose una oportunidad de mejora en la institución.

Al respecto el estudio de Mori Yachas (2017), reportó resultados similares porque indican que la cultura de seguridad del paciente es positiva ya que existe una comunicación asertiva y eficaz; asimismo, los directivos se preocupan de la seguridad del paciente.

Dimensión “Sucesos notificados”

Un requisito para mejorar la seguridad del paciente se basa en la información oportuna de los incidentes adversos, para que las organizaciones puedan encaminar los recursos para lograr el cambio.

Tabla 6

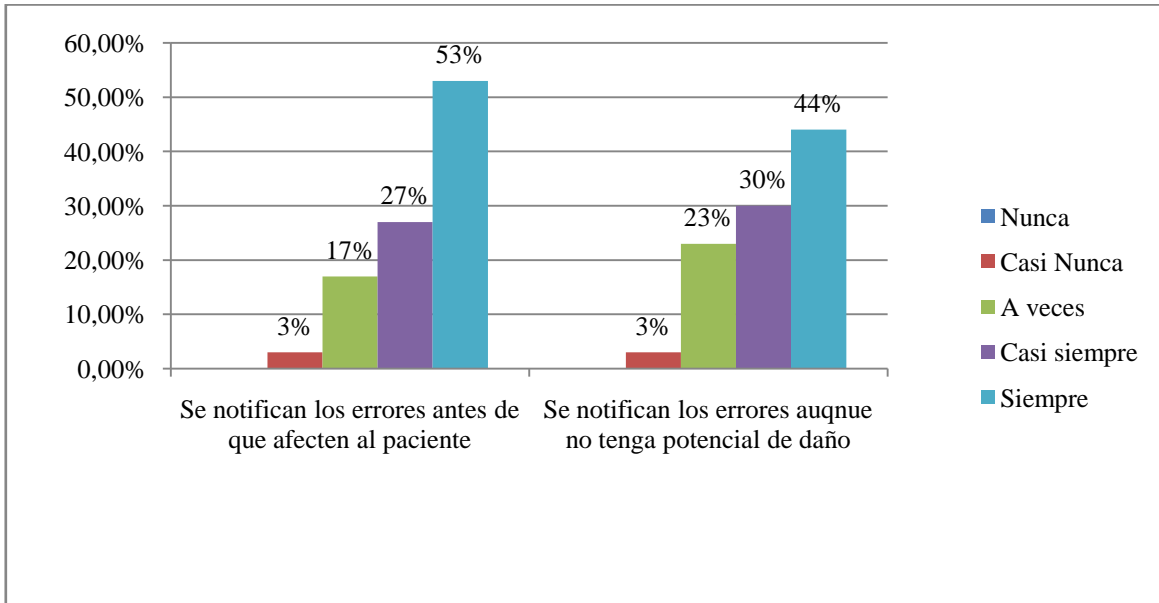
Sucesos notificados según indicadores y respuestas del Personal de Enfermería del Servicio de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén. Neuquén-2021

Indicadores	Respuestas										Totales	
	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre			
	Sub	%	Sub	%	Sub	%	Sub	%	Sub	%		%
Se notifican los errores para corregirlos antes de que afecten al paciente.	-	-	1	3%	5	17%	8	27%	16	53%	30	100%
Se notifican los errores aunque no tenga potencial de dañar al paciente	-	-	1	3%	7	23%	9	30%	13	44%	30	100%

Fuente: Instrumento de medición de la percepción de la cultura de Seguridad del paciente, aplicado al personal del servicio de clínica quirúrgica del policlínico Neuquén. Neuquén- 2021. Recuperado de Mori Yachas- Perú 2018

Figura 6

Sucesos notificados de acuerdo al personal del Servicio de clínica quirúrgica del Policlínico Neuquén. Neuquén-2021.



Nota: El gráfico representa las respuestas obtenidas el personal del servicio de clínica quirúrgica respecto a la notificación de los errores antes de que ocasionen daño o aunque no tengan potencial de daño. Neuquén- 2021

En relación a los indicadores de la dimensión de la seguridad a partir de los sucesos notificados, el 53 % del personal respondió que se notifican los errores antes de que afecten al paciente y nadie respondió que nunca. Por su parte, el indicador que mencionaba que se notifican los errores aunque no tengan potencial de daño, un 44 % correspondió que siempre aunque en este caso hubo un 23 % que respondió que solo a veces.

En relación a la dimensión de frecuencia de eventos notificados presentado por Díaz, Sierra y Sanabria (2017), donde sus resultados indicaron que el 56,3% del personal, tiene una opinión positiva en cuanto a la notificación de errores que no causaron daño por activación de barreras de seguridad. Sólo el 62,5%, manifiesta que se notifican este tipo de situaciones. Así mismo ocurre con la notificación de los incidentes en los cuales el 62,5% reportan notificación. En este sentido las autoras también afirman que la presencia activa de la gerencia en todo este proceso es fundamental para que el personal sienta el apoyo en el proceso y disminuya sus temores acerca de las consecuencias de la notificación de los eventos adversos.

Dimensión “Seguridad desde la atención primaria”

El respeto mutuo y la colaboración forman parte de la atención sanitaria es importante que las organizaciones logren identificar las falencias que se puedan generar para mejorar así la seguridad del paciente.

Tabla 7

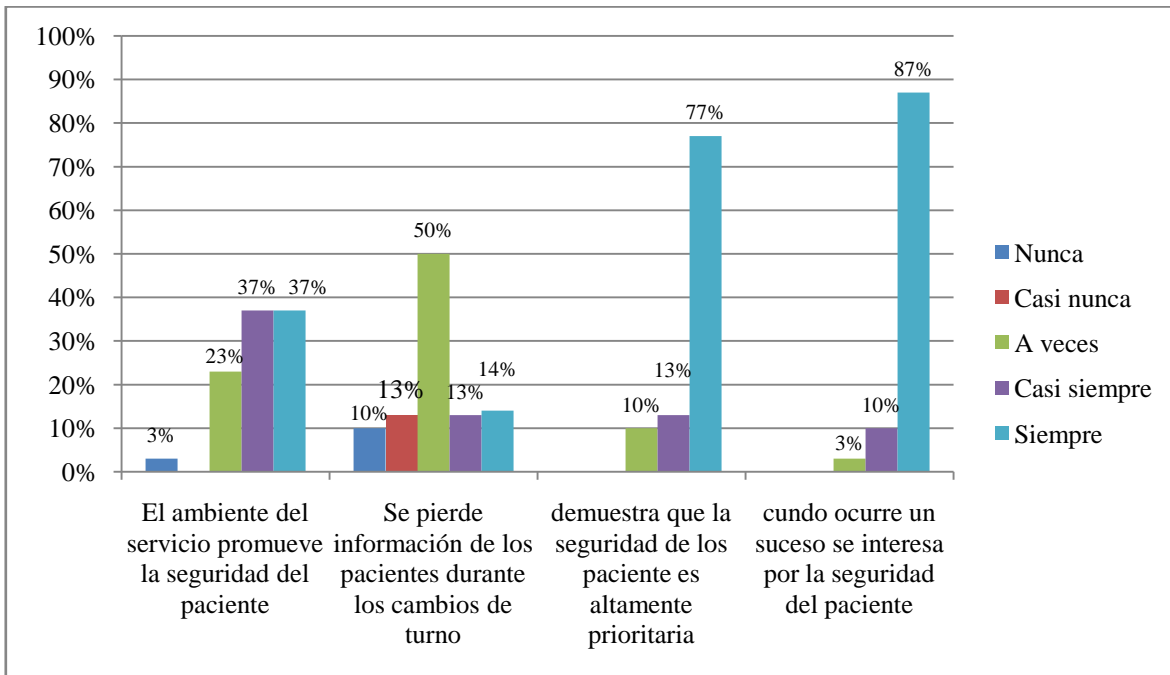
Seguridad desde la atención primaria según indicadores y respuestas del Personal de Enfermería del Servicio de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén. Neuquén-2021

Indicadores	Respuestas										Totales	
	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre			
	Sub	%	Sub	%	Sub	%	Sub	%	Sub	%		%
El ambiente del servicio promueve la seguridad del paciente.	1	3%	-	-	7	23%	11	37%	11	37%	30	100%
Se pierde información de los pacientes durante los cambios de turno.	3	10%	4	13%	15	50%	4	13%	4	14%	30	100%
Demuestra que la seguridad de los pacientes es altamente prioritaria.	-	-	-	-	3	10%	4	13%	23	77%	30	100%
Cuando ocurre un suceso se interesa por la seguridad del paciente.	-	-	-	-	1	3%	3	10%	26	87%	30	100%

Fuente: Instrumento de medición de la percepción de la cultura de Seguridad del paciente, aplicado al personal del servicio de clínica quirúrgica del policlínico Neuquén. Neuquén- 2021. Recuperado de Mori Yachas- Perú 201

Figura 7

Seguridad desde la atención primaria según indicadores y respuestas del Personal de Enfermería del Servicio de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén. Neuquén-2021



Nota: El grafico representa las respuestas obtenidas el personal del servicio de clínica quirúrgica respecto a la Seguridad desde la atención primaria. Neuquén- 2021

Los mayores porcentajes en la dimensión Seguridad desde la atención primaria, corresponden al 37% que siempre y casi siempre el ambiente promueve la seguridad del paciente.

El 50% del personal coincide en que se pierde información de los pacientes durante los cambios de turno. A diferencia de la investigación de Estévez Díaz, J., Jiménez Sierra, L. y Silva Sanabria, M. (2017), donde 78.1% refieren negar la perdida de información al trasladarse un paciente a otro servicio, el 81.3% expresan no tener perdida de información del paciente en los cambios de turnos, el 53.1% manifiesta que si hay continuidad de información en la entrega de pacientes a otros servicios, el 54.3% comentan que durante el cambio de turno no aparecen problemas.

Por su parte, el 77 % asegura que demuestra que la seguridad de los pacientes es altamente prioritaria y el 87 % respondió que siempre se interesa por la seguridad de los pacientes cuando ocurre un suceso.

Tabla 8

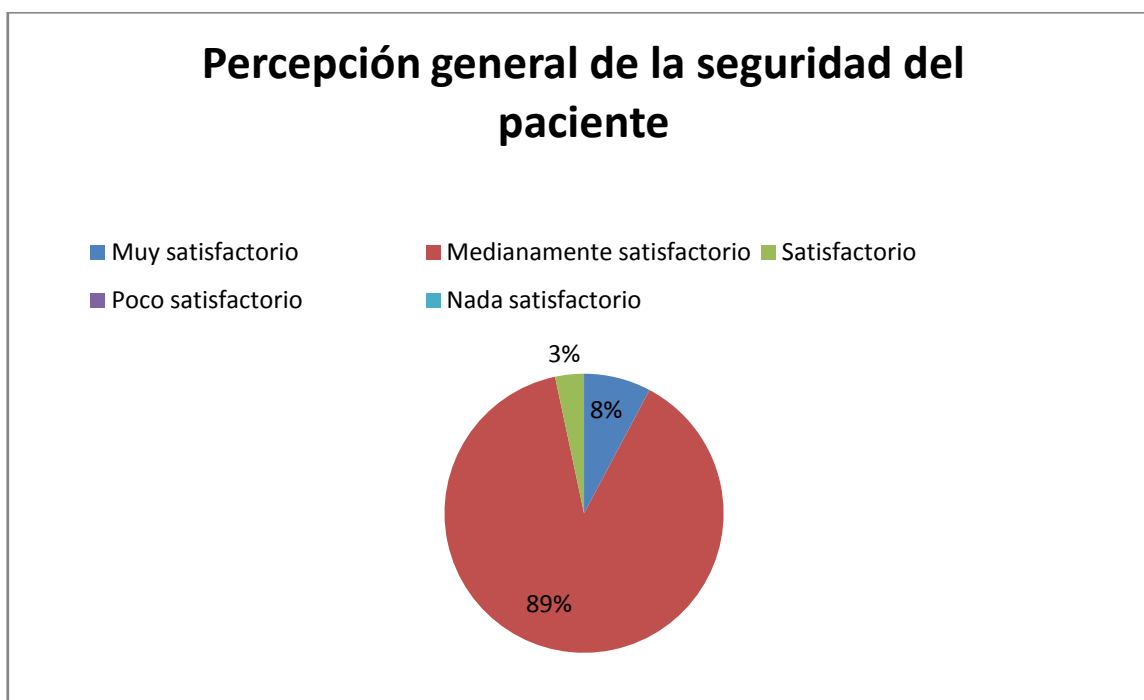
Percepción General sobre la Cultura de la seguridad del paciente que tiene del Personal de Enfermería del servicio de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén –Neuquén2021

Indicadores	Rango	Totales	Porcentaje
Muy satisfactorio	80-100	5	7%
Medianamente satisfactorio	59-79	24	80%
Satisfactoria	58-38	1	3%
Poco satisfactorio	38-18	0	0
Nada satisfactorio	1-17	0	0

Teniendo como referencia la escala Likert encontramos que de los 30 entrevistados 5 de ellos han respondido muy satisfactoriamente lo que equivale al 7%. El 80 % corresponde al total de respuesta medianamente satisfactoria y solo un 3% fue satisfactorio. (Ver anexo 1)

Figura 8

Percepción General sobre la Cultura de la seguridad del paciente que tiene del Personal de Enfermería del servicio de Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén –Neuquén2021



Nota: El gráfico representa la Percepción de seguridad del paciente que posee el personal del servicio de clínica quirúrgica del oliclínico Neuquén durante el primer semestre del año 2021. Neuquén- 2021

A partir de la utilización de la escala Likert para medir la percepción general de Seguridad del Paciente en relación a los 30 entrevistados y sus respuestas a los 20 indicadores que se aplicaron, que contemplan las 5 dimensiones: Seguridad en el área de trabajo, Seguridad

brindada por la Dirección, Seguridad desde la comunicación, Sucesos Notificados y Seguridad desde la atención primaria.

El 80% del personal respondió medianamente satisfactorio, mientras que el 7% respondió muy satisfactoriamente y un 3% respondió satisfactoriamente.

Del 80 % del personal que respondió medianamente satisfactorio el 50% corresponden a Auxiliares de Enfermería, el 46% de las respuestas fueron de Técnicos de enfermería y el 4% corresponde a licenciados en enfermería.

En la percepción general de la cultura de seguridad del paciente podemos afirmar que existe un compromiso global por parte del personal del Área Clínica Quirúrgica del Policlínico Neuquén, aunque hay datos contradictorios por un lado existe el 87% que se interesa por la Seguridad del paciente, pero un 50% afirma que se pierde información, esto demuestra que la continuidad en el cuidado se ve interrumpido. Los mayores porcentajes indican que los eventos adversos se notifican pero aún así un 40 % respondió que a veces se toman solo medidas punitivas y no de mejora.

Como se ha mencionado con anterioridad los eventos adversos se pueden desencadenar en cualquier momento de la atención sanitaria, nuestro receptor de cuidados es el paciente, y el objeto de la Seguridad del Paciente es avanzar hacia un cuidado seguro

Para Bakken y Col. (2011) Los errores en la atención médica son mundialmente frecuentes, de modo que resultan en riesgo potencial y daños de diversos niveles a los pacientes, y ocurren como consecuencia de múltiples factores (características de los pacientes, profesionales sin la preparación adecuada, fallas en los sistemas de atención médica, formación/graduación insuficiente y educación continuada de los diferentes profesionales).

Dentro de los eventos adversos nos encontramos por ejemplo con los errores en la medicación donde para Bortoli Cassini, Nogueira Seus, Carneiro Capucho (2011), algunos estudios realizados durante los últimos años muestran la presencia de errores de medicación. Las causas pueden estar relacionadas con los factores individuales del profesional, como la falta de atención profesional, lapsos de memoria, deficiencias en la formación académica, inexperiencia; pero también con fallas sistémicas, tales como problemas en el ambiente (iluminación, ruido, interrupciones frecuentes), falla o fracaso en la formación, falta de personal, dificultades de comunicación, problemas en las políticas y procedimientos o hasta productos inadecuados utilizados en la medicación del paciente.

Por su parte Mezquida de Alvarado (2011) describe los componentes de los eventos adversos y uno de ellos lo constituyen los Factores contribuyentes. Propiciados por estado del paciente, las condiciones del equipamiento y los recursos, los factores sociales como el nivel de formación del recurso humano y las condiciones del medio ambiente de trabajo.

Lastra y Cometto (2011), aunque referido a las áreas intensivas también hacen referencia a la relación que existe en la experiencia, la formación profesional y la aparición de eventos adversos, al decir que el error está presente en todos los niveles, aun en los profesionales más capacitados y con mayores habilidades y conocimientos, pero que a veces no están preparados para considerar el error como parte de la actividad diaria y lo perciben como un hecho aislado e inusual; podría haber una tendencia a minimizar el problema, ya que la mayoría de los errores no producen daños importantes.

En la literatura se ha descrito la relación entre la falta de experiencia y la escasez de personal de enfermería con la mayor frecuencia de incidentes en los servicios de medicina intensiva. Ello es uno de los riesgos por tener en cuenta con la incorporación de personal de reciente ingreso a estas unidades sin la formación teórico-práctica necesaria para hacerse cargo de este tipo de enfermos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

En base a la revisión bibliográfica realizada para llevar adelante la presente investigación, tanto durante el estado del arte como en el marco teórico, y a partir de los objetivos planteados y los resultados obtenidos, se esboza continuación las conclusiones a las cuales se arribó.

En la composición sociodemográfica del personal del área clínica quirúrgica del Policlínico Neuquén, predomina el género femenino y el rango etario que prevalece corresponde al de 36 a 50 años. El mayor porcentaje de los entrevistados hace más de 10 años que trabaja en la institución así como también es mayor el grupo que lleva más de 10 años en el servicio.

La Cultura de la Seguridad en la atención de los Pacientes constituye un pilar fundamental, para poder identificar fortalezas, oportunidades y debilidades de cada grupo de trabajo. Por lo tanto, a partir del estudio realizado se identificó como primera instancia una debilidad relacionada con la formación académica, donde en el grupo de trabajo predominan los Auxiliares de enfermería. Al respecto, podemos aplicar lo expuesto por Lastra y Cometto (2011) quienes afirman que existe una estrecha relación entre la formación del personal y la tendencia a minimizar el problema, ya que los errores pasan a ser parte de la actividad diaria y no se percibe como una situación crítica que afecte la Seguridad del paciente.

Otra debilidad hallada por el personal de enfermería fue que la mayor parte del grupo percibe que no se trabaja en equipo, lo cual para la seguridad del paciente es importante ya que mediante el trabajo en conjunto podemos anticiparnos a los eventos adversos que se pueden producir y en caso de que se generen de igual manera poder aprender a partir de los mismos.

Si abordamos las fortalezas y oportunidades del grupo, se debe rescatar que la mayor parte del grupo considera que existe el apoyo mutuo así como también el respeto entre compañeros. Por otro lado, el protagonismo de los líderes es aceptado y es positivo para el logro de una atención segura, aunque aún se encuentra arraigada la conducta punitiva ante eventos adversos y no de mejora.

Se identificó que existe un camino hacia una comunicación efectiva, donde el personal manifiesta no sentir miedo de hacer preguntas, ni cuestionar las decisiones de sus líderes, así como también parte de ellos debate entre sí las acciones a tomar ante la advertencia u ocurrencia de errores.

Es importante destacar que los entrevistados afirmaron que la seguridad de los pacientes es prioritaria, aunque la mitad de ellos asegura que se pierde información de los pacientes en los cambios de turno, por lo tanto el cuidado que se brinda se ve interrumpido y esto puede afectar directamente la atención segura, ya que la aparición de eventos adversos puede desencadenarse en cualquier momento del proceso de atención de salud.

Desde la investigación realizada y partiendo de la premisa que la percepción está íntimamente ligada al conocimiento, y esto se lleva a la actividad cotidiana de la disciplina al brindar cuidados; podemos entender que la enfermera/o podrá valorar los riesgos a los que se encuentra expuesto el paciente, previniendo posibles incidentes o eventos adversos. Por lo tanto, una enfermera/o no solo deberá contar con conocimientos previos y actualización de los mismos, sino también con experiencia, porque solo la puesta en práctica del aprendizaje obtenido brindará herramientas para ser partícipe en la gestión de la seguridad del paciente.

Desde el análisis global de las percepciones del grupo en relación a como simboliza la seguridad del paciente y como ésta impacta en los cuidados ofrecidos, los hallazgos nos muestran respuestas que encuadran al cuidado como medianamente satisfactorio. Se advierte la preocupación por la seguridad del paciente, pero aún no está instaurada la Cultura de Seguridad del Paciente, donde todos los miembros se comprometen con el objetivo de avanzar hacia una atención segura. Ya que por un lado, ante incidentes se perciben medidas punitivas y esto conlleva el riesgo de que los eventos que se produzcan con el paciente no siempre se notifiquen. Por otro lado, el mismo personal afirma que el cuidado de enfermería se ve interrumpido y que no hay trabajo en equipo.

Recomendaciones

- Continuar profundizando en el tema de Cultura de Seguridad del paciente, desde una perspectiva cualitativa, con un instrumento que permita el desarrollo de las opiniones e ideas del personal de enfermería o de todo el equipo de salud.
- Socializar los resultados de esta investigación como un aporte a la institución del Policlínico Neuquén con el objetivo de avanzar hacia una atención segura.
- Compartir con los líderes de la institución para que sirva de disparador para abordar temas como la capacitación del personal.

BIBLIOGRAFIA

- Allport, Floyd, H. (1974). El problema de la percepción. Buenos Aires. Ed. Nueva visión. 81 p.
- Alvarado Gallardo, C, M. (2014). Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval. Facultad de ciencias económicas. Unidad de posgrado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú
- Amaya Luengas, S. (2009). Seguridad del paciente: concepto y análisis de evento adversos. Centro de Gestión Hospitalaria/Vía Salud/Número 48. Pág. 6-20
- Aranaz, J, M et al (2018). Cultura de seguridad del paciente y docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la comunidad de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública. Vol. 92: págs. 1-15.
- Aranaz, J, M., y Agra, Y. (2010). La Cultura de Seguridad del Paciente: del pasado al futuro en 4 tiempos. Medicina ClínicaBarc. 135 (supl. 1):1-2. Recuperado de www.elsevier.es/medicinaclinica
- Araujo Chávez, R, I. (2014). Percepción de los profesionales de enfermería sobre la seguridad del paciente en el Hospital regional de Cajamarca, 2013. Maestría en ciencias. Universidad Nacional de Cajamarca. Escuela de posgrado. Perú.
- Bakken, S., Tolfo Silveira, D., Gerhardt, L, M., MarconDalSasso, T. y Faria Barbosa, S, F. (2011). Sistemas de apoyo a las decisiones y seguridad de los pacientes. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud.
- Bentolero R, L, E., Zamorano, S, M, L. y Añorve, G, A. (2008). Medidas para la seguridad física de los pacientes aplicadas en la terapia postquirúrgica Rev. Mex. Enf. Cardiol; 16 (1): 5-10
- Bortoli Cassiani, S, H., Nogueira de Seus, N. y Carneiro Capucho, H. (2011). Administración segura de medicamentos. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud.
- Bustamante Galarza, K., Castro, K., Cívico, M, E., Méndez, E. (2016). La Seguridad del paciente: una visión global. Curso anual de auditoría médica del Hospital alemán.
- Castañeda Hidalgo, H., Garza Hernández, R., González Salinas, J., Pineda Zúñiga, M., Acevedo Porras, G. y Aguilera Pérez, A. (2013). Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. Ciencia y enfermería XIX (2): 77-88. México.

- Ceriani Cernadas, J. M. (2001). El error en medicina: reflexiones acerca de sus causas y sobre la necesidad de una actitud más crítica en nuestra profesión. *Arch Argent Pediatric*; 99 (6):522-529.
- Davies H et al. (2002) Organizational Culture on Quality of Health care *Journal on Quality Improvement*; 23:233-234.
- Esquivel Hernández, J., Martínez Prats, G. y Silva Hernández, F. (2020). Clima organizacional. Aspectos básicos de su origen y definición. *Revista Ciencias de la Documentación*. Volumen 6- número 2-julio/diciembre2020. Editorial Cuadernos de Sofía.
- Estévez Díaz, J., Jiménez Sierra, L. y Silva Sanabria, M. (2017). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en el servicio de urgencias de una Institución prestadora de Servicios de Salud de cuarto nivel de complejidad, Bucaramanga, 2017. Universidad de Santander, Colombia.
- González Landázuri, J. (2018). Seguridad del paciente en el servicio de medicina interna del hospital Delfina Torres. Sede Esmeraldas, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E. y Soto Gámez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y Enfermería XVII* (3): 97-111.
- Lastra, A, M. y Cometto, M, C. (2011). Seguridad de los pacientes en urgencias y emergencias. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud.
- Lima, F, *et al* (2014). Implicaciones de la seguridad el paciente en la práctica del cuidado de enfermería. *Revista electrónica trimestral de enfermería*. *Enfermería Global*. N° 35
- Malvarez, S. y Rodriguez, J. (2011). *Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales*. *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud.
- Martínez López, F.J. (2001). *Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios*. Ed. Díaz de Santos. pág. 156.
- Martínez Ques A, A. (2007). Seguridad y factor humano. *Tempus Vitales*. *Revista Electrónica Internacional de Cuidados*. Volumen 7, N° 2.

- Mesquida de Alvarado, A, L. (2011). Cultura de la seguridad en los servicios de salud. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud.
- Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. (2016). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Periodo 2015-2020. España. www.msssi.gob.es
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Presidencia de la Nación Argentina (2019). Acciones para la seguridad de los pacientes en el ámbito de la atención sanitaria.
- Mori Yachas, N, R. (2018). Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017. Ciencias Médicas. Escuela de posgrado. Universidad César Vallejo. Perú.
- Muñoz, L, A. y Do Prado, M, L. (2011). Prioridades de investigación en enfermería en el área de seguridad de los pacientes. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2019) Seguridad del paciente - Medidas mundiales en materia de seguridad del paciente. (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>).
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Salud y seguridad de los trabajadores del sector salud: Manual para gerentes y administradores. Washington, D.C. Módulos 1 y 2; pág. 1-27.
- Orkaizagirre Gómara, A. (2016). La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias. Tesis de la Universidad de Zaragoza. Servicio de publicaciones.<http://zaguan.unizar.es>
- Rodriguez Herrera, R y Losardo Ricardo, J. (2018). Historia de la seguridad del paciente. Hitos principales, desde los albores de la civilización hasta los primeros retos globales y el estudio IBEAS. Historia de la Medicina. Revista de la Asociación Médica Argentina. Volumen 131.
- Sampieri Hernández, R. y Collado Fernández, L. (2004). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana. México. 5ta Edición.
- Soria, E. (2012). Cultura de seguridad del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Maestría en Gerencia y Administración en servicio de Salud. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba, República Argentina.

Subcomité de seguridad del paciente del Hospital de Niños. (2018). Seguridad del paciente. Revista Hospital de Niños, Buenos Aires 60 (271): 333-335.

Torres T, M. (2011). Gestión de seguridad del paciente: participación de enfermería. Maestría en economía de la salud y administración de servicios de salud. Universidad Nacional de La Plata.

Urbina, L, O, U. (2011). Competencias de enfermería para la seguridad del paciente. Rev. Cubana de Enfermería. 2011:27(3) 239-247. Recuperado de <http://scielo.sld.cu>

Vargas Melgarejo, L, M. (1994). Sobre el concepto de percepción. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa, México. Alteridades 4(8). Págs. 47-53.



CAPITULO VI

ANEXO 1

INSTRUMENTO

INTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LOS DATOS GENERALES

INTRODUCCIÓN:

Según la OMS (2019) “La seguridad del paciente es fundamental para prestar servicios sanitarios esenciales de calidad. De hecho, existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces y seguros y estar centrados en las personas. Además, para que los beneficios de una atención sanitaria de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben prestarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficiente”. Por ello debemos entender que todo el equipo de trabajo es responsable de la Seguridad del paciente.

Estimada(o) enfermera(o): estoy realizando un estudio titulado “Percepción sobre Seguridad del Paciente en relación a la cultura organizacional del personal de enfermería en el servicio de clínica quirúrgica de policlínico Neuquén durante el primer semestre del año 2021”, por tal motivo me dirijo a usted para solicitarle contestar, de forma anónima, el siguiente instrumento. Le ruego hacerlo en forma veraz y objetiva. Agradezco anticipadamente su participación.

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una serie de enunciados, marque usted con una (X) según considere oportuno su respuesta.

DATOS GENERALES:

Edad:

- a) 20 a 35 años
- b) 36 a 50 años
- c) 51 a 65 años

Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

Tiempo laboral en la institución:

- a) 0 a 1 año
- b) 1 a 5 años
- c) 6 a 10 años
- d) Más de 10 años

Tiempo laboral en el servicio:

- a) 0 a 1 año
- b) 1 a 5 años
- c) 6 a 10 años
- d) Más de 10 años

Grado de formación que posee

- a) Auxiliar de enfermería
- b) Enfermero/a
- c) Lic. En enfermería

Tiempo que lleva ejerciendo la profesión

- a) Recién comienzo
- b) 1 a 5 años
- c) 6 a 10 años
- d) Más de 10 años

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Marque con una (X) la respuesta que considera acertada según su punto de vista, de acuerdo con las siguientes alternativas:

1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre

Universidad Nacional del Comahue
Facultad de ciencias del ambiente y la salud
Licenciatura en enfermería

N°	ITEMS	1	2	3	4	5
	Dimensión 1 Seguridad en el área de trabajo					
1	El Personal de enfermería se apoya mutuamente en el servicio					
2	Hay personal para afrontar la carga laboral					
3	Trabajamos en equipo cuando tenemos mucho trabajo					
4	En el servicio el profesional de enfermería se trata con respeto					
5	Ante algún fallo se ponen en marcha medidas para evitarlo					
6	Cuando la jornada laboral es agotadora no se brindan los cuidados de enfermería suficientes.					
	Dimensión2: Seguridad brindada por la dirección					
7	Mi jefe hace comentarios favorables ante la advertencia de algún riesgo para el paciente.					
8	Mi jefe considera las sugerencias del personal de enfermería					
9	Mi jefe ante algún error solo toma medidas punitivas y no de mejora					
10	Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los Pacientes					
	Dimensión3: Seguridad desde la comunicación					
11	Se informan los cambios realizados a partir de los sucesos Notificados					
12	Cuestiona las decisiones o acciones de aquellos con mayor Autoridad					
13	Discuten entre compañeros como prevenir errores para que no vuelvan a suceder					
14	Siente miedo de hacer preguntas cuando algo no está bien o no se entiende.					
	Dimensión4: Sucesos notificados					
15	Se notifican los errores para corregirlos antes de que afecten al paciente.					
16	Se notifican los errores aunque no tenga potencial de dañar al Paciente					
	Dimensión 5: Seguridad desde la atención primaria					
17	El ambiente del servicio promueve la seguridad al paciente					
18	Se pierde información de los pacientes durante los cambios de turno					
19	Demuestra que la seguridad de paciente es altamente prioritaria					
20	Cuando ocurre un suceso se interesa por la seguridad del paciente					

ANEXO II

Consentimiento Informado

Mi nombre es Soto Sanchez Pamela y en calidad de estudiante de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, dictada en la Universidad Nacional del Comahue (UNCo), me encuentro realizando una investigación que tiene como objetivo Conocer la Cultura de Seguridad del paciente que tiene el grupo de enfermeros del área clínica quirúrgica de policlínico Neuquén para aportar conocimientos y establecer prioridades que contribuyan a una atención segura. Dicha investigación es requisito para acceder al título de grado de Licenciado en Enfermería.

La Cultura de la seguridad del paciente es un elemento importante a tener en cuenta en la valoración de la calidad de atención, la cual está impregnada de valores, experiencias, actitudes que orientan el comportamiento del grupo. Una cultura de seguridad incluye el compromiso y la participación responsable de todos los involucrados en la atención sanitaria.

Usted ha sido seleccionado para participar de la siguiente investigación, si usted accede a participar la misma, podrá hacerlo a través de una entrevista. Su participación es estrictamente voluntaria, no remunerada, sin ningún riesgo para usted y, además anónima, por lo tanto, su identidad no será revelada.

Los datos recolectados serán confidenciales y únicamente se usarán para el propósito del estudio; por consiguiente, sólo el investigador responsable tendrá acceso a la información que de los mismos surja, posterior a su utilización serán eliminados de la manera más adecuada.

Si le surgieran dudas sobre este proyecto, podrá hacer las preguntas necesarias durante su participación en el mismo. Igualmente, para el caso de que decida participar, podrá retirarse en cualquier momento de la entrevista, sin perjuicio alguno para usted. Asimismo, si alguna pregunta le resultara incómoda, podrá solicitar la aclaración necesaria, u optar por no responderla, sin que ello le ocasione algún inconveniente.

Antes de decidir participar, evalúe la información que se le está brindando y pida todas las aclaraciones que necesite a quien se la está dando. Si finalmente está satisfecho con la información recibida, si la ha comprendido y se le han respondido todas las dudas que ha planteado oportunamente y, fundado en ello da su consentimiento para participar del presente estudio de investigación, le solicitamos tenga a bien firmar donde corresponda.

.....
Nombre del participante

.....
Firma del participante

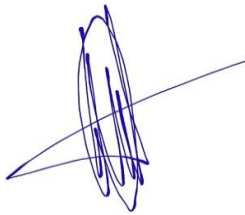
.....
Fecha

Universidad Nacional del Comahue
Facultad de ciencias del ambiente y la salud
Licenciatura en enfermería

Lista de cotejo

Entrevistado	Indicadores																				Puntaje Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	4	5	4	5	5	3	5	5	1	3	5	3	4	1	5	3	5	5	5	5	81
2	5	5	4	5	4	1	5	5	1	1	5	4	4	1	4	5	3	2	5	5	74
3	5	3	4	5	4	3	4	3	3	3	1	5	5	1	4	3	5	3	5	5	74
4	4	2	3	4	3	2	3	3	4	4	3	4	3	1	4	4	1	3	5	4	64
5	1	1	3	4	5	5	4	3	3	1	3	3	3	2	5	4	3	5	3	5	66
6	5	3	5	5	5	1	5	5	1	1	5	1	1	1	5	5	5	1	5	5	70
7	5	3	4	5	4	3	4	4	4	4	1	5	5	1	4	4	4	2	4	4	74
8	3	1	3	1	1	1	5	3	3	3	1	3	5	1	3	4	5	5	3	3	57
9	4	4	4	5	4	3	3	3	3	3	3	3	4	1	5	5	4	4	5	5	75
10	4	3	4	4	4	3	5	4	2	2	5	3	4	2	4	4	4	3	5	5	74
11	3	3	3	4	2	2	2	2	4	2	3	2	4	3	3	3	4	3	5	5	62
12	3	3	3	3	4	3	3	5	5	5	5	5	3	1	3	5	4	3	5	5	76
13	5	3	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	1	5	5	5	1	5	5	82
14	4	3	3	5	4	4	5	4	3	5	3	2	4	1	3	5	4	4	5	5	76
15	4	3	3	4	4	4	4	4	3	2	5	3	5	1	4	4	4	2	4	5	72
16	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	3	3	1	3	3	3	4	4	4	64
17	4	4	4	4	4	3	4	3	2	1	5	3	5	2	5	5	4	3	5	5	75
18	3	1	3	4	1	2	3	3	2	2	3	4	4	2	5	5	5	4	5	5	66
19	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	5	5	3	1	2	2	5	2	5	5	79
20	5	3	5	5	5	3	5	1	4	5	3	3	3	1	5	5	3	3	5	5	77
21	4	2	4	5	5	4	3	5	1	1	3	1	4	1	5	5	3	3	5	5	69
22	4	3	3	5	5	2	5	5	5	1	5	1	5	3	5	4	5	3	5	5	79
23	4	5	4	5	5	5	5	4	3	5	4	4	5	1	5	5	5	1	5	5	85
24	2	1	2	3	1	1	4	4	3	1	2	1	5	5	5	3	3	5	3	5	59
25	3	4	3	3	4	2	3	3	4	4	5	3	4	2	5	4	3	3	5	5	69
26	5	4	5	4	5	1	5	5	3	1	5	1	5	1	5	3	5	3	5	5	76
27	4	4	4	4	3	5	5	5	2	1	5	3	3	1	4	4	4	3	5	5	74
28	5	2	5	5	3	2	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	5	74
29	5	3	3	5	5	3	5	5	5	5	5	3	5	1	5	5	4	3	5	5	87
30	5	4	5	4	5	3	3	5	3	4	5	5	5	2	5	5	5	3	5	5	86

Hoja de firmas



Soto Sanchez Pamela
Tesisista



Lic. Andión Graciela
Directora



Esp. Angelina Illescas
Co-directora