



UNIVERSIDAD NACIONAL "HERMILIO VALDIZÁN"



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**SEGUNDA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN
CUIDADOS INTENSIVOS ADULTOS**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DEL CUIDADO DE
LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
POR EL PERSONAL DE SALUD DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL NACIONAL
RAMIRO PRIALÉ. HUANCAYO.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
CUIDADOS INTENSIVOS - ADULTO**

TESISTAS:

Rita Cerrón Córdova
Lourdes Palacios Caballero
Yeny Chirio Mateo

ASESOR:

Dra. Manzano Tarazona, Maruja

HUANCAYO, PERÚ

2016

"Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia"

(Santiago Ramón y Cajal)

DEDICATORIA

A Dios por darnos la vida diaria y
permitirnos ayudar a través del
don que nos otorgó brindar cuidados de
enfermería.

A nuestras familias y amistades, por su
ternura, comprensión y aliento, que hacen
que amemos la vida y la profesión que
elegimos.

Las autoras

AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento a DIOS, que por sus bendiciones del cual somos tan afortunadas.

A nuestros familiares por el apoyo incondicional en nuestra formación como profesionales al servicio de la sociedad.

A mi asesora de tesis, por su gran predisposición de ayuda.

Asimismo, agradecemos a las autoridades y docentes de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huanuco por habernos dado las facilidades para el término de la especialidad.

A todas aquellas personas que apoyaron este proyecto.

Las autoras

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre el conocimiento y la aplicación de la seguridad del paciente por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Ramiro Prialé de Huancayo; 2016.

Métodos. El estudio fue de nivel relacional, de tipo prospectivo, observacional, analítico y transversal, con una población muestral de 43 personales de salud; quienes cumplieron con los criterios de inclusión y respondieron una entrevista y un cuestionario, previamente validados y fiabilizados. Se aplicó la prueba de X^2 , apoyados en el SPSS V 18.0.

Resultados. La aplicación de la cultura de seguridad por el personal de salud en estudio, en un 60,5% (26) fue adecuado, un 58,1% (25) tiene conocimiento sobre seguridad del paciente. Analizando las hipótesis en estudio, se halló relación significativa entre el conocimiento y la aplicación de la cultura de seguridad [$X^2= 9,53$; GL= 1 p = 0,00]; la dimensión: comportamiento organizacional favorable [$X^2= 7,57$; GL= 1 p = 0,01], dimensión: comunicación compartida [$X^2= 7,83$; GL= 1 p = 0,01] dimensión: buen grado de seguridad logrado [$X^2= 11,5$; GL= 1 p = 0,00]; por lo que se aceptó las hipótesis de investigación. No se halló relación entre el conocimiento y aplicación de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: trabajo en equipo [$X^2= 7,83$; GL= 1 p = 0,01]; dimensión: participación de autoridades y superiores percibida [$X^2= 2,19$; GL= 1 p = 0,12] y la dimensión: frecuencia esperada de reportes de incidentes [$X^2= 1,23$; GL= 1 p = 0,21], por lo que se aceptó las hipótesis nulas.

Conclusiones: se concluye indicando la existencia de relación entre el conocimiento de seguridad del paciente y la aplicación de la cultura de seguridad.

Palabras claves. *Conocimientos, practicas, cuidado de enfermería, cultura de seguridad del paciente, unidad de cuidados intensivos.*

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between knowledge and the application of patient safety by the health personnel of the intensive care unit of the Ramiro Prialé National Hospital in Huancayo; 2016. **Methods.** The study was relational, prospective, observational, analytical and cross-sectional, with a sample population of 43 health personnel; Who fulfilled the inclusion criteria and answered an interview and a questionnaire, previously validated and reliable. We applied the X2 test, supported by SPSS V 18.0. **Results.** The application of the safety culture by the health personnel under study, in 60.5% (26) was adequate, 58.1% (25) has knowledge about patient safety. Analyzing the hypotheses under study, a significant relationship was found between the knowledge and the application of the safety culture [$X^2 = 9.53$; $GL = 1$ $p = 0.00$]; The dimension: favorable organizational behavior [$X^2 = 7.57$; $GL = 1$ $p = 0.01$], dimension: shared communication [$X^2 = 7.83$; $GL = 1$ $p = 0.01$] dimension: good degree of safety achieved [$X^2 = 11.5$; $GL = 1$ $p = 0.00$]; So the research hypotheses were accepted. There was no relationship between the knowledge and application of the patient safety culture in the dimension: teamwork [$X^2 = 7.83$; $GL = 1$ $p = 0.01$]; Dimension: participation of authorities and superiors perceived [$X^2 = 2,19$; $GL = 1$ $p = 0.12$] and the dimension: expected frequency of incident reports [$X^2 = 1.23$; $GL = 1$ $p = 0.21$], so that the null hypotheses were accepted. **Conclusions:** it concludes indicating the existence of a relationship between the knowledge of patient safety and the application of the safety culture.

Keywords. Knowledge, practices, nursing care, patient safety culture, intensive care unit.

PRESENTACIÓN

La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, tal como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en 2002.

La seguridad del paciente de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria. Implementar una cultura positiva de seguridad del paciente previene la aparición de eventos adversos e incidentes, busca la causa raíz, modifica los procedimientos y permite aprender de los errores para evitar la reaparición de estos. Cada organización necesita una estructura y herramientas para mejorar la seguridad y calidad de la atención; la identificación de eventos adversos y fuentes de riesgo debería ser prioridad en todos los hospitales.

En este sentido, se realizó la presente investigación, estructurado de la siguiente forma: la introducción en la cual se presenta el problema; los objetivos, tanto general como específicos; la justificación e importancia de la investigación; las hipótesis generales y específicas, las variables y su operacionalización; las limitaciones y la definición de términos operacionales.

En el capítulo I, se exhibe el marco teórico, el cual a su vez comprende: los antecedentes de la investigación, las bases teóricas y las bases conceptuales de las variables implicadas.

En el capítulo II, se expone el marco metodológico de la investigación, el cual está compuesta de las siguientes partes: tipo de estudio, método de estudio, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, el procesamiento de datos y el análisis e interpretación de los datos.

En el capítulo III, se presentan los resultados de la investigación, con su respectivo análisis e interpretación; además, se muestra la discusión de los resultados.

Finalmente, se presentan: las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO	ix
ÍNDICE DE TABLAS	xi
1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Aspectos básicos del problema de investigación	1
1.2. Formulación del problema	6
1.3. Justificación	7
1.4. Propósito	9
1.5. Objetivos de la investigación.....	9
1.6. Hipótesis de la investigación.....	11
1.7. Variables.....	12
1.8. Operacionalización de variables	12
1.9. Definición de términos operacionales	13
1.10. Limitaciones.....	14
CAPÍTULO I.....	16
2. MARCO TEORICO.....	16
2.1. Antecedentes de investigación	16
2.2. Bases teóricas	19
2.2.1. Teoría de restricciones en la gestión de la seguridad del paciente	19
2.2.2. Teoría cultural	21
2.3. Bases conceptuales.....	22
2.3.1. Definiciones de la unidad de cuidados intensivos.....	22
2.3.2. Dotación de personal en la unidad de cuidados intensivos ..	22
2.3.3. Trabajo en equipo	23
2.3.4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	24
2.3.5. Respuesta no punitiva a los errores	24
2.3.6. Percepción de seguridad.....	25
2.3.7. Expectativas y acciones de la dirección / supervisión de la unidad que favorece la seguridad	26
2.3.8. Hospital	26

2.3.9. Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del paciente	27
CAPÍTULO II.....	32
3. MARCO METODOLÓGICO.....	32
3.1. Ámbito del estudio	32
3.2. Población.....	32
3.3. Nivel y tipo de estudio.....	33
3.4. Diseño de estudio	34
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	35
3.5.1. Técnicas	35
3.5.2. Instrumentos de medición.....	35
3.5.3. Validez de los instrumentos de recolección de datos.....	36
3.5.2. Procedimiento de recolección de datos	37
3.6. Tabulación y análisis de datos	38
3.7. Aspectos éticos de la investigación	40
CAPÍTULO III.....	42
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
4.1. Resultados descriptivos	42
4.2. Comprobación de hipótesis	68
4.3. Discusión de resultados.....	75
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Característica sociodemográficas del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	42
Tabla 2. Promedio de edad del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	44
Tabla 3. Características laborales del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	45
Tabla 4. Número de reportes de incidentes registrados en los 12 meses pasados por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016	47
Tabla 5. Comportamiento organizacional que favorece la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	48
Tabla 6. Participación de las autoridades y superiores en la cultura de seguridad del paciente, según el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	52
Tabla 7. Comunicación compartida en la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016	53
Tabla 8. Buen grado de seguridad logrado en la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016	54
Tabla 9. Trabajo en equipo que favorece la seguridad del paciente según el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016	55
Tabla 10. Frecuencia esperada de reportes de incidentes en la cultura de seguridad del paciente por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	56
Tabla 11. Dimensiones de la aplicación de cultura de seguridad del paciente según el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016	57
Tabla 12. Aplicación de la cultura de seguridad, percibida por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016	58

Tabla 13. Conocimiento de la política, gestión y liderazgo del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016	59
Tabla 14. Conocimiento de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016	60
Tabla 15. Conocimiento de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016	61
Tabla 16. Conocimiento de la documentación y administración clínica del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	62
Tabla 17. Conocimiento de los procesos o procedimientos clínicos del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	63
Tabla 18. Conocimiento de las infraestructuras, dispositivos y equipos médicos del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016	64
Tabla 19. Conocimiento de la participación de pacientes del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016	65
Tabla 20. Conocimiento de la seguridad del paciente según dimensiones del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016	66
Tabla 21. Conocimiento de la seguridad del paciente percibida por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	67
Tabla 22. Conocimiento de seguridad del paciente y la aplicación de la cultura de seguridad percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	68
Tabla 23. Conocimiento de la seguridad y aplicación de la cultura de seguridad de pacientes en la dimensión: comportamiento organizacional favorable percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	69
Tabla 24. Conocimiento de la seguridad y aplicación de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: participación de autoridades y superiores percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	70
Tabla 25. Conocimiento de la seguridad y aplicación de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: comunicación compartida percibida por el personal de salud de la Unidad de	

	Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	71
Tabla 26.	Conocimiento de la seguridad y aplicación de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: buen grado de seguridad logrado percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	72
Tabla 27.	Conocimiento de la seguridad del paciente y aplicación de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: trabajo en equipo percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.....	73
Tabla 28.	Conocimiento de la seguridad del paciente y aplicación de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: frecuencia esperada de reportes de incidentes percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016	74

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Aspectos básicos del problema de investigación

La cultura de seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención de salud hasta un mínimo aceptable (1), que según Gómez, Arenas, González, Garzón, Mateus, Soto (2), está relacionada con las creencias, actitudes y valores 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 (3), garantizando la ausencia de daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud.

Los avances en la seguridad del paciente han sido excesivamente lentos, obstaculizados por falta de claridad con respecto a entender las causas del error médico o del profesional de enfermería y las estrategias para reducir el daño, además de la complejidad de la práctica clínica. Por otro lado, las intervenciones a favor de la seguridad del paciente no tendrán éxito sin una cultura receptiva a esa seguridad (4).

La preocupación por la seguridad de los pacientes como un aspecto clave de la calidad en salud; es universal y está promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de La Alianza para la Seguridad del Paciente, ello debido a diversos estudios realizados en diversos contextos hospitalarios, mostrando hallazgos que a diario se

cometen errores en el manejo de la seguridad de los pacientes, tanto en el campo profesional como en el administrativo (5).

En la actualidad, la cultura de seguridad del paciente es considerada como un medio para reducir el potencial de las grandes catástrofes y accidentes relacionados con las tareas de rutina. La participación del personal de salud y sobre todo del equipo de enfermería es fundamental, porque contribuye de una forma singular al éxito en el desarrollo de una cultura de seguridad del paciente (6).

Respecto a la falta de la seguridad del paciente, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos, reportó que entre 44.000 a 98.000 personas mueren al año en los hospitales de los Estados Unidos como resultado de los errores que se originan en los procesos de atención. En México un 27% de las quejas atendidas en los hospitales son por la mala práctica médica (7).

Según un estudio realizado en la Comunidad Europea en el 2006, el 80% de los ciudadanos europeos perciben a los errores médicos como un problema importante y un 50% cree que en un futuro estarán involucrados en un caso de negligencia médica (8).

Los profesionales especialistas, señalan respecto a la seguridad en la Unidad de Cuidados Intensivos, que el 90% de todos los incidentes y el 60% de los efectos adverso fueron clasificados como evitables o posiblemente evitables y el 24,5% de los incidentes se relacionaron con la medicación (9).

La Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias ha notificado 1.424 incidentes en 7,591 pacientes, de los cuales 943 fueron incidentes sin daño y 481 eventos adversos. Se produjeron 1,22 incidentes por cada paciente ingresado. La tasa de aparición de incidentes fue de 5,89 incidentes por cada 100 pacientes y hora. El 74% de los incidentes comunicados estuvieron en relación con la medicación, aparatos, cuidados, accesos vasculares y sondas, vía aérea y ventilación mecánica (10).

En América Latina la Red Pionera en la Seguridad del Paciente (IBEAS), realizó un estudio de prevalencia de efectos adversos en 58 hospitales de México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina, donde determinó la prevalencia de eventos adversos en un 10.5% de 96.047 consultas (12). Atribuyendo la falta de seguridad, el poco conocimiento que el personal de salud imparte a los pacientes (13).

El Colegio Médico del Perú por su parte recibe 15 denuncias cada mes por malas praxis. Según cifras del Ministerio de Salud (Minsa), en el 2004 se registraron 405 denuncias de supuesta negligencia médica en todo el territorio (14).

Las distracciones o fallos de la atención y los olvidos o fallos asociados a la memoria son errores que ocurren cuando se realizan inadecuadamente actividades cotidianas de forma rutinaria o inconsciente, estas pueden provocar que realicemos una acción de forma indebida, a pesar de que sabemos cómo debería de hacerse. Los errores pueden atribuirse a dos razones: no aplicar las pautas o procedimientos adecuados

las cuales están relacionados con la aplicación de pautas; y el no disponer del conocimiento necesario para abordar una situación, estos están relacionados con el conocimiento que poseen los profesionales en salud. Otra causa importante es el incumplimiento de normas o procedimientos de seguridad y la poca participación del paciente en temas de educación para la salud (14).

Todos estos estudios, revelan la magnitud del problema, siendo en la actualidad el problema de la seguridad del paciente la piedra angular para el desarrollo de servicios en salud. Las vías estratégicas para acelerar el mejoramiento futuro de la seguridad del paciente incluyen cambios fundamentales en la que predomina el conocimiento de la seguridad por el equipo del personal de salud (15).

Como consecuencia instaura en los pacientes la pérdida de la confianza, de la seguridad y de la satisfacción de los usuarios, también afecta la relación personal de salud y paciente; además de aumentar Juicios civiles y penales del personal de salud creando costos económicos elevados. Por otra parte cabe resaltar las complicaciones más frecuentes que ocurre en los pacientes como las infecciones nosocomiales, las cuales pueden llevarlos a la muerte y, por tanto, se han constituido en un reto mundial, en busca de la seguridad del paciente (16).

Es importante mencionar como consecuencia las secuelas psicológicas o de cualquier otro tipo que le cambian el modo de vida a la persona afectada pudiendo ocasionar la muerte (17).

Es necesario compartir conocimiento y recursos para mejorar la efectividad de las iniciativas en seguridad del paciente además de fomentar una cultura que sólo puede tener lugar con líderes organizacionales e individuales comprometidos que comprendan la importancia de la cultura en seguridad del paciente (18).

Al respecto la OMS, a partir de 2004, conformó una gran alianza Mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios. Esta iniciativa incluye una serie de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema «ante todo, no hacer daño» (19).

En el Hospital Nacional Ramiro Prialé de EsSalud en Huancayo, se han implementado las rondas de seguridad del paciente que tiene por finalidad promover una cultura de calidad y seguridad en la atención en todos los servicios. Consiste en una visita planificada del personal ejecutivo relacionado con el área, para establecer una interacción directa con el personal y los pacientes (20). Esta experiencia aún no ha sido analizada desde la perspectiva de la influencia del conocimiento con la aplicación de la cultura de seguridad del paciente.

En tal sentido, los conocimientos y prácticas de la cultura de seguridad del paciente se ha convertido en una temática que ha sido motivo de análisis, diálogo y reflexión para así mejorar en actitudes y habilidades éticas centradas en el cuidado. Esto facilita el abordaje de sucesos adversos que pueden ocurrir a partir de las transformaciones científicas,

tecnológicas sociales y políticas, relacionadas con la atención en salud, que se brinda (21).

En consecuencia, se plantea el presente estudio, que tiene por objetivo determinar la relación entre el conocimiento y las prácticas del cuidado de la cultura de seguridad del paciente que aplica el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé de Huancayo; ello en aras de que en un futuro se puedan implementar mejoras en beneficio de los usuarios externos que son los pacientes; mejorando de este modo la calidad de atención y la satisfacción del usuario.

1.2. Formulación del problema

De la realidad percibida por las investigadoras se desprenden las siguientes interrogantes de investigación:

Problema general

- ¿Existe relación entre el conocimiento y las prácticas de la seguridad del paciente por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Ramiro Prialé de Huancayo en el 2016?

Problemas específicos

- ¿Se relacionan el conocimiento con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión comportamiento organizacional favorable percibida por el personal de salud en estudio?

- ¿Están relacionadas el conocimiento con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión participación de autoridades y superiores percibida por el personal de salud en estudio?
- ¿Se establece relación entre el conocimiento y la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión comunicación compartida percibida por el personal de salud en estudio?
- ¿Se relacionan el conocimiento con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión buen grado de seguridad logrado percibida por el personal de salud en estudio?
- ¿Hay relación entre el conocimiento y la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión Trabajo en equipo percibida por el personal de salud en estudio?
- ¿El conocimiento se relaciona con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión frecuencia esperada de reportes de incidentes percibida por el personal de salud en estudio?

1.3. Justificación

La investigación que se plantea, se justifica, por las siguientes razones:

Teórica

Los estudios de los factores estructurales o de proceso son poco estudiados, y resulta importante promover el conocimiento hacia una cultura de seguridad del paciente en la práctica profesional con el objetivo de brindar el máximo de satisfacción y bienestar a los pacientes; se hace

indispensable poseer bases teóricas sólidas (reportes de investigaciones, estudios documentales de revisión) que apoyen los procesos destinados al logro de las propuestas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud y soportar la capacitación de quienes participan directa o indirectamente en la seguridad del paciente en su quehacer diario (22).

Enfermería siempre ha demostrado habilidad y compromiso con la seguridad del paciente, desde que Florence Nightingale, la precursora de esta ciencia, afirmó que "las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados..." (23).

Aun así, las iniciativas relacionadas con la seguridad del paciente han encontrado dificultades en su proceso de implementación pues el término "seguridad del paciente", aunque cada vez es más utilizado, adopta diferentes significados entre los profesionales de la salud y las revisiones de estos conceptos en la práctica son todavía dispersas.

Práctica

Este estudio es relevante ya que la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha estimulado a los países a que "presten la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente, se establezcan y consoliden sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención sanitaria" (24).

Es importante establecer los mecanismos en que enfermería puede contribuir de una forma singular al éxito en el desarrollo de una Cultura de Seguridad del Paciente, buscando continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de

prestación de atención es así que se hace necesario conocer el estado actual de conocimientos de los profesionales implicados para así fortalecer las notificaciones de eventos adversos aunque estos no lleguen a causar daño al paciente (25).

Social

La investigación desarrollada examina tanto el conocimiento como la aplicación de la seguridad del paciente, como determinante para una atención segura, hecho pone en evidencia las mejoras que se podrían llevar a cabo, lo que va beneficiar a los pacientes usuarios y al propio personal de salud. La investigación propone la aplicación de diversas estrategias en todos los niveles de la organización hospitalaria, para elevar el nivel de la misión institucional (26).

1.4. Propósito

El presente trabajo pretende facilitar a las autoridades de salud; información actualizada del tema en cuestión, a fin de que elaboren o diseñen estrategias de educación para la salud dirigidas al público en general, sobre aspectos relacionados a la adopción de una cultura de seguridad positiva en la atención del paciente. La búsqueda de soluciones para reducir los riesgos de la atención de salud y mejorar su seguridad se fundamenta en el grado de conocimiento del fenómeno.

1.5. Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica de la seguridad del paciente por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Ramiro Prialé de Huancayo; 2016

Objetivos específicos

- Analizar la relación entre el conocimiento con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión comportamiento organizacional favorable percibida por el personal de salud en estudio.
- Determinar la relación entre el conocimiento se relaciona con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión participación de autoridades y superiores percibida por el personal de salud en estudio.
- Identificar la relación entre el conocimiento con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión comunicación compartida percibida por el personal de salud en estudio.
- Analizar la relación entre el conocimiento y la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión buen grado de seguridad logrado percibida por el personal de salud en estudio.
- Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión Trabajo en equipo percibida por el personal de salud en estudio.

- Relacionar el conocimiento con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión frecuencia esperada de reportes de incidentes percibida por el personal de salud en estudio.

1.6. Hipótesis de la investigación

Hipótesis general:

H0: El conocimiento no se relaciona con la práctica de la seguridad del paciente por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo.

Ha: El conocimiento se relaciona con la práctica de la seguridad del paciente por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo.

Hipótesis específicas

Hi₁: El conocimiento se relaciona con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión comportamiento organizacional favorable percibida por el personal de salud en estudio.

Hi₂: El conocimiento se relaciona con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión participación de autoridades y superiores percibida por el personal de salud en estudio.

Hi₃: El conocimiento se relaciona con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión comunicación compartida percibida por el personal de salud en estudio.

Hi₄: El conocimiento se relaciona con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión buen grado de seguridad logrado percibida por el personal de salud en estudio.

Hi₅: El conocimiento se relaciona con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión Trabajo en equipo percibida por el personal de salud en estudio.

Hi₆: El conocimiento se relaciona con la práctica de la seguridad del paciente en la dimensión frecuencia esperada de reportes de incidentes percibida por el personal de salud en estudio.

1.7. Variables

Variable dependiente

Práctica de la seguridad del paciente

Variable independiente

Conocimiento

1.8. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Indicador	Valor final	Escala de medición
VARIABLE DEPENDIENTE				
Práctica de la cultura seguridad del paciente por el personal de salud de la unidad cuidados intensivos.	Tipo de aplicación	Puntaje de la escala	Adecuada Inadecuada	Nominal dicotómica
	Comportamiento organizacional que favorece la cultura de seguridad del paciente	El personal admite el cumplimiento de los aspectos de la cultura organizacional	Sí No	Nominal dicotómica
	Participación de autoridades y superiores en la cultura de seguridad del paciente	El personal admite que autoridades y supervisores están	Sí No	Nominal dicotómica

		comprometidos con la seguridad		
	Comunicación compartida en la cultura de seguridad del paciente	El personal admite que siempre informan, opinan y comentan los temas de seguridad	Sí No	Nominal dicotómica
	Buen grado de seguridad logrado en la cultura de seguridad del paciente	El personal opina que existe un buen grado de seguridad del paciente	Sí No	
	Trabajo en equipo que favorece la seguridad del paciente	El personal opina que se realiza un trabajo armonioso, cooperativo y en equipo	Sí No	Nominal dicotómica
	Frecuencia esperada de reportes de incidentes	El personal siempre reporta los incidentes o errores con potencial daño a la seguridad de pacientes	Sí No	Nominal dicotómica
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Conocimiento de la seguridad del paciente.	Nivel de conocimiento	Puntaje del cuestionario	Conoce Desconoce	Ordinal politómica
	Política, gestión y liderazgo	Puntaje del cuestionario	Conoce Desconoce	Ordinal politómica
	Infecciones relacionadas con la atención sanitaria	Puntaje del cuestionario	Conoce Desconoce	Ordinal politómica
	Medicamentos, productos sanitarios y fluidos	Puntaje del cuestionario	Conoce Desconoce	Ordinal politómica
	Documentación y administración clínica	Puntaje del cuestionario	Conoce Desconoce	Ordinal politómica
	Procesos o procedimientos clínicos	Puntaje del cuestionario	Conoce Desconoce	Ordinal politómica
	Infraestructuras, dispositivos y equipos médicos	Puntaje del cuestionario	Conoce Desconoce	Ordinal politómica
	Participación de pacientes	Puntaje del cuestionario	Conoce Desconoce	Ordinal politómica

1.9. Definición de términos operacionales

Conocimientos de la cultura de seguridad. Esta referido a las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud, en este caso está referido a la política, gestión y liderazgo, infecciones relacionadas con la atención sanitaria, medicamentos, productos sanitarios y fluidos, documentación y administración clínica, procesos o procedimientos clínicos, infraestructuras, dispositivos y equipos médicos y participación de pacientes; los cuales fueron medidos como conoce y desconoce.

Prácticas de la cultura de seguridad. Esta referida a las acciones que involucran el comportamiento organizacional que favorece la cultura de seguridad del paciente, la participación de autoridades y superiores en la cultura de seguridad del paciente, la comunicación compartida en la cultura de seguridad del paciente, el buen grado de seguridad logrado en la cultura de seguridad del paciente, el trabajo en equipo que favorece la seguridad del paciente y la frecuencia esperada de reportes de incidentes. Los cuáles fueron medidos como adecuados e inadecuados.

1.10. Limitaciones

En el presente estudio se tuvo limitación con respecto al proceso de recolección de datos, razón por lo que se dispuso de mayor tiempo para la toma de datos.

CAPÍTULO I

2. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de investigación

A continuación se describen a los antecedentes de investigaciones relacionados al tema en estudio:

Antecedentes internacionales

En Madrid, 2009 Saturno (27) realizó un estudio descriptivo titulado "clima sobre seguridad en el ámbito hospitalario del Servicio Nacional de Salud", cuyo objetivo fue describir la frecuencia de actitudes y comportamientos favorables relacionados con la seguridad del paciente en los profesionales sanitarios del nivel hospitalario. La muestra estuvo conformada de 6257 profesionales de 24 hospitales. Las conclusiones a las que arribaron fueron: la calificación media es de 7, con un 25% de los casos que otorgaron una calificación por debajo de 6, y otro 25% por encima de 8. El 50% de los profesionales calificaron la seguridad en su servicio con una nota entre 6 y 8, la gran mayoría de los encuestados (77,8 %) no ha notificado ningún evento relacionado con la seguridad del paciente en el último año, el 95% contesta haber notificado menos de dos.

Este antecedente de investigación presentó proximidad con la este estudio puesto que aborda los aspectos relevantes para la descripción del problema.

En México, 2010 Fajardo G, Rodríguez J, Arboleya H, Rojano R, Hernández F, Santacruz J. (28), ejecuto un estudio titulado “Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud”, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente entre los profesionales de la salud. La muestra en estudio estuvo conformada 174 profesionales de salud, en la que se indagaron datos demográficos, frecuencia y número de eventos y se obtuvieron los valores de alfa de Cronbach para las diferentes dimensiones, además utilizaron pruebas de estadística descriptiva. Concluyeron indicando que la percepción global sobre la seguridad en el paciente fue de 51% indica la necesidad de incrementar acciones institucionales para mejorarla, la apertura en la comunicación (38%) y siendo la más alta el aprendizaje organizacional (68%). Este antecedente de investigación presentó proximidad con la presente investigación puesto que aborda los aspectos relevantes para la descripción del problema.

En España, 2011 Roqueta, Santiago, Chanovas (29), realizaron un estudio descriptivo titulado “Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias”, cuyo objetivo fue Conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios; utilizando como instrumento de medición la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) adaptada al castellano. La muestra en estudio estuvo

conformada por 30 hospitales con servicios de urgencias hospitalarias y se obtuvo. Conclusiones: El trabajo en equipo en la unidad y expectativas de los responsables de la unidad de servicio en seguridad del paciente con un 68% y un 56% de respuestas positivas respectivamente, la dotación de recursos humanos y el apoyo de la gerencia y dirección del hospital con un 57% y un 47% de respuestas negativas respectivamente, además de un total de 4 dimensiones comportan cerca del 50% de todas las respuestas negativas, que constituyen un referente para acciones de mejora en estas áreas para incrementar el nivel de cultura de seguridad global.

Este antecedente de investigación orientó el estudio en la elaboración de mis instrumentos.

En Colombia, 2009 Gómez, Arenas, González, Garzón, Mateus, Soto (30), efectuaron un estudio descriptivo transversal, exploratorio titulado "Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá", cuyo objetivo fue Caracterizar la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería en instituciones de tercer nivel; la muestra estuvo constituida por 201 profesionales y técnicos en enfermería, La medición se realizó con el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. Conclusiones: La cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos, en los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal.

Este antecedente de investigación orientó en la metodología del estudio.

Antecedente Nacional

En Lima, 2010, Espinoza (31), realizó un estudio descriptivo, prospectivo de corte transversal titulado “Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de cirugía en el hospital de emergencias Grau”; cuyo objetivo fue Analizar la percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de cirugía; La población estuvo conformada por 30 pacientes del servicio de Cirugía, para la recolección de datos se utilizó el un cuestionario tipo escala de Lickert. Conclusiones: los resultados que la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención que brinda la enfermera es Muy favorable en lo referente al componente técnico, favorable en lo concerniente al componente interpersonal y muy favorable en el componente confort.

Este antecedente de investigación presenta proximidad con este estudio puesto que aborda los aspectos relevantes para la descripción del problema.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Teoría de restricciones en la gestión de la seguridad del paciente

La seguridad del paciente constituye una prioridad en la gestión de calidad del cuidado en las diferentes instituciones hospitalarias tanto a nivel nacional como internacional, debido a la alta incidencia y alto costo que

tienen los eventos adversos consecuentes a eventos que afectan la seguridad del paciente (32).

La creciente complejidad de los sistemas de salud puede favorecer la proliferación de errores y eventos adversos, de cuyo conocimiento dependerá que se puedan establecer las medidas necesarias para evitarlos y minimizarlos. Toda asistencia en sí misma implica un riesgo inherente para el paciente. Ese riesgo se expresa de diferentes fenómenos producto de la interacción del sistema, los procesos, equivocaciones humanas y vulnerabilidades propias del paciente, lo que determina la seguridad del paciente como un reto para todas las instituciones de salud a nivel mundial.

Pensar en fallas del sistema en lugar de errores individuales permite incluir la seguridad del paciente dentro de las estrategias de calidad de las instituciones. Actualmente se ha establecido que la mejora de la seguridad del paciente requiere un cambio de cultura de la organización, lo requiere una organización inteligente con la habilidad para aprender de los errores, que permita la identificación de los problemas, la definición de las estrategias para evitarlos y la aceptación de la necesidad de cambio, que proporcione los incentivos y medios necesarios para la reestructuración cuando sea necesaria (33).

Es necesaria la aplicación de la Teoría de las Restricciones en la Seguridad del Paciente y de esa manera eliminar las causas de riesgo de accidente que se presentan en el establecimiento de procesos y políticas encaminados a la atención segura del paciente (34).

Con la aplicación de la Teoría de Restricciones (TOC) en los sistemas de salud se ha logrado incrementos en la calidad del cuidado del paciente, aumento en el número de pacientes tratados en la misma unidad de tiempo, mejorar la oportunidad del servicio y disminución de la estancia hospitalaria, sin necesidad de recursos adicionales y sin aumentar la exigencia o sobrecargar al personal (35).

2.2.2. Teoría cultural

La teoría cultural es el proceso de cambios en forma inseparable y fundamental para garantizar una modernización de seres humanos instituciones y sociedades para el bienestar general. La cultura además es entendida como herencia social que se encuentra en la ciudadanía una forma particular de expresión, considerada como aquella que surge del ejercicio de la existencia colectiva, del convivir en conjunto, que es la única forma en que es posible la existencia humana. Una cultura ciudadana fundada en la convivencia es aquella que permite vivir pacíficamente en compañía de otros.

En este contexto esta teoría de nos guía a entender la percepción de la cultura en el ámbito profesional y de usuario (36).

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Definiciones de la unidad de cuidados intensivos

La unidad de cuidados intensivos es una unidad orgánica que brinda atención de salud especializada en medicina intensiva al paciente críticamente enfermo; la unidad cuenta con una norma técnica N° 027-MINSA/DGSP regulada por el Ministerio de Salud (MINSA) (37).

2.3.2. Dotación de personal en la unidad de cuidados intensivos

Según la Real Academia Española (38), la dotación de personal es el proceso mediante el cual la unidad debe reclutar, contratar, orientar, retener para ello la unidad debe contar con reglamentos y normas de esta manera el servicio podrá tener suficiente personal, además de brindar una atención adecuada al paciente y disminuir el trabajo a presión.

De acuerdo a lo señalado por el MINSA (39), los médicos deberán laborarán en forma exclusiva en los servicios de cuidados, la modalidad de trabajo podrá ser en turnos de guardia de 12 horas, el número de médicos de guardia se debe programar de la siguiente manera: 01 médico intensivista por cada 06 camas en la UCI de un hospital de nivel II -2 y 01 medico intensivista por 04 cama en las UCI de hospitales de nivel III -1 y III -2.

El profesional de enfermería se programarán en turnos de guardia teniendo en cuenta la relación enfermera-paciente y el nivel de complejidad; hospitales de nivel II-2: 01 enfermera asistencial por cada 04 pacientes, 01 enfermera responsable del servicio; hospitales de nivel iii-1 y

III-2: 01 enfermera asistencial por cada 02 pacientes, no pudiendo en ningún caso superar una carga mayor a 50-60 puntos del score TISS por paciente, 01 enfermera responsable del Servicio en turno de mañanas, 01 enfermera responsable de los pacientes en turno de mañana y tarde por cada 10 pacientes. Esto debe ser tomado en cuenta para mejorar la Unidad (40).

2.3.3. Trabajo en equipo

El trabajo en equipo debe tener objetivos comunes que hayan sido pensados entre todos, reconocer la contribución específica de cada uno de los otros profesionales al trabajo en equipo y favorecer entre ellos una buena comunicación, coordinación y colaboración, en definitiva, no se trata de trabajar como un grupo de personas juntas, sino que entre ellas exista una unidad (41).

Demuestra tener una repercusión directa en la calidad y en la eficacia del cuidado proporcionado al paciente, así como en su seguridad e incluso en los costos, al disminuir la estancia hospitalaria y mejorar los resultados del paciente; además, el trabajo en equipo tiene otros beneficios que repercuten, por un lado, en los profesionales como son: la disminución del estrés, el aumento de su satisfacción y el incremento de su desarrollo, soluciones creativas en la resolución de los problemas, además de llevar a cabo un trabajo de mejor calidad (42).

2.3.4. Aprendizaje organizacional/mejora continua

Es necesario tener programas, servicios o jefes encargados de dar una enseñanza y aprendizaje basados en los principios pedagógicos de la enseñanza postgraduada y con la metodología requerida, que garantizara un modelo de profesional capaz de enfrentar los retos que le impone el tratamiento de estos pacientes y según los principios éticos relacionados con la profesión y especialidad (43).

La explosión científica y tecnológica universal, la rápida obsolescencia de los conocimientos y el incremento de las necesidades sociales, busca un cambio sustancial en la educación médica, la práctica y la organización de salud. Es de vital importancia enfatizar la necesidad del desarrollo e investigación en equipo para el aprendizaje y en función de incrementar la calidad de los recursos humanos y de los propios servicios de salud y así motivar a los profesionales en salud a mejorar su desempeño y adoptar la superación profesional permanente como un estilo de vida, no es sólo importante sino necesario para poder satisfacer su encargo social (44).

2.3.5. Respuesta no punitiva a los errores

Los profesionales en salud sienten que los errores y la notificación de eventos no se utilizaran en contra suya y que los errores no constaran en su expediente personal (45).

Aun admitiendo la alta frecuencia de errores por parte de los profesionales en salud, lo menos apropiado parece ser satanizar a los profesionales, la visión moderna de la causa del error considera la atención a la salud como un sistema altamente complejo, donde interactúan muchos elementos y factores, y donde la responsabilidad no está en uno solo de ellos, aunque los errores suelen ser más consecuencia de las condiciones de trabajo que de una actitud deliberada y malintencionada; la mayoría de profesionales tiene que atender varios trabajos, laborar en condiciones inapropiadas, toman decisiones bajo la incertidumbre, y todos los profesionales responsables se agobian por la responsabilidad que implica su desempeño. Una estrategia importante parece ser la de crear una cultura del reporte, que permita reconocer las condiciones de error latente al margen de mejorar las competencias de los profesionales (46).

2.3.6. Percepción de seguridad

Es la capacidad de recibir por medio de todos los sentidos, las imágenes, impresiones o sensaciones para conocer algo; también se puede definir como un proceso mediante el cual una persona selecciona, organiza e interpreta los estímulos, para darle un significado a algo. Por lo tanto, valorar la cultura de seguridad proporciona a una organización un entendimiento básico relacionado con valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento que determinan la percepción de compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas (47).

2.3.7. Expectativas y acciones de la dirección / supervisión de la unidad que favorece la seguridad

Los responsables toman en consideración las sugerencias de las unidades que favorecen la seguridad profesional encaminadas a mejorar la seguridad del paciente. Los conocimientos de la dirección y de los encargados de supervisión deben de tener una amplitud y profundidad suficientes como para alcanzar su objetivo esencial la atención, cuidados y tratamiento del paciente, para conseguir estas expectativas se precisará realizar una correcta interpretación de la evolución clínica y de la monitorización, para poder así entender la fisiopatología correcta, se deberá conocer la tecnología que tiene entre sus manos y los problemas que pueden presentarse, además de estimular a su personal para que puedan seguir procedimientos seguros y no pasen por alto los problemas de salud pública (48).

2.3.8. Hospital

Según la Organización Mundial de la Salud los hospitales son un componente importante del sistema de atención de salud. Son instituciones sanitarias que disponen de personal médico y otros profesionales organizados y de instalaciones para el ingreso de pacientes, y que ofrecen servicios médicos y de enfermería y otros servicios relacionados durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana (49).

2.3.9. Apoyo de la Gerencia del Hospital en la Seguridad del paciente

Los hospitales a nivel nacional cuentan con el DAE es el órgano de apoyo de la Presidencia Ejecutiva de EsSalud, encargado de la defensa de los derechos de los asegurados y las personas usuarias del sistema. El apoyo que la gerencia de un hospital puede brindar al paciente en seguridad es tomando en cuenta a la oficina de defensoría al asegurado, además de cooperar, a través del diálogo, con todos los actores institucionales (ejecutivos, administrativos, asistenciales, etc.) para que realicen sus funciones garantizando adecuadamente los derechos del paciente y participando en su mejora constante (50).

El apoyo que brinda la gerencia es importante ya que se puede dar iniciativas en beneficio del paciente, un claro ejemplo es el Hospital NACIONAL RAMIRO PRIALÉ quien por su parte tiene la iniciativa de implementar rondas de seguridad del paciente (51).

2.3.10. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios

La comunicación entre los profesionales de la salud y entre ellos y sus pacientes afectan seriamente la seguridad de la atención y es una de las principales causas de juicios por responsabilidad profesional; este problema se identifica como un factor importante en la mayoría de los reclamos originados en instituciones y en las áreas de alto riesgo en particular, como cirugía, obstetricia y terapia intensiva; los pacientes se mueven entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular y pueden encontrarse con dos o tres turnos de personal por día, siendo

esto un riesgo para su seguridad en cada intervalo, además no es de extrañar que la información durante estas transiciones pueda olvidarse, perderse o malinterpretarse, la pobre comunicación de la información médica durante los pases del paciente sería la responsable de casi el 50% de los errores de medicación y el 20% de los eventos adversos (52).

Los estudios demuestran que el principal problema de los pases radica en que muchos no se realizan “cara a cara” y en la transmisión poco precisa, ambigua y desordenada de la información. En parte, estos problemas que surgen en el momento del traspaso se originan en la forma en que están educados o no los prestadores de atención sanitaria en cuanto al trabajo en equipo y a las destrezas en la comunicación y en la falta de buenos modales de conducta y en un sistema de atención sanitaria que promueve y recompensa la autonomía y el desempeño individual (53).

2.3.11. Trabajo en equipo entre unidades.

Se define como un grupo de gente que realiza distintas tareas de aportaciones hacia el logro de un objetivo común donde se debe practicar la empatía, justicia, sinceridad, respeto, cordialidad, confianza, sentido de humor, afecto y discreción. Trabajar en equipo además implica el reconocimiento en un nivel de igualdad de la competencia de todos los miembros del equipo y que las actuaciones de cada uno de ellos vengán determinadas por aquéllas y no por órdenes emitidas por otro, para que un equipo o grupo sea eficiente, los miembros del mismo deben contar con un ambiente de apoyo, claridad de funciones, metas superiores y un adecuado liderazgo (54).

La dinámica general, debe ser el trabajo en equipo, persiguiendo todos los mismos objetivos. Todas las actividades deben estar centradas y realizarse en función y alrededor del paciente, proporcionándole, de acuerdo con sus necesidades, unos cuidados de calidad, para ello es imprescindible la actualización de normas de actuación protocolos o procesos de cuidados, procedimientos y registros adecuados (55).

2.3.12. Comunicación en su Unidad

La comunicación en una unidad de salud se da entre varios profesionales y personal administrativo, hay que mencionar la importancia que tiene la colaboración de profesionales en bien de la salud del paciente. Sin embargo esta comunicación resulta casi siempre difícil o poco comprendida, para que dicha comunicación se lleve a cabo con garantías de calidad son necesarias dos cosas: la voluntad de los propios profesionales y el desarrollo de herramientas por parte de los gestores que ayuden a coordinar dicha comunicación (56).

2.3.13. Feed Back y comunicación sobre errores.

En el proceso de la Comunicación, el Feed-Back es toda aquella información que recoge el emisor a través de los efectos que causa su mensaje en el receptor esta información es muy útil y permite al emisor conocer si su mensaje ha sido correctamente entendido y la repercusión que el mismo está teniendo de esta forma puede adaptarse de una manera más efectiva a las necesidades del paciente. La utilización del Feed-Back sirve principalmente para que los profesionales sean informados de los

errores que ocurren, de los cambios que se han implementado y comenten los modos de prevenir errores (57).

2.3.14. Franqueza en la comunicación.

La franqueza juega un rol importante para los profesionales en salud, la pérdida de reputación en cuanto a la franqueza en la práctica debería significar el término de su profesión, sin embargo, la franqueza no ha constituido un tipo de interés especial en la ética ni tampoco un valor importante de ser así, la pérdida que experimentan los profesionales en salud es trágica, ya que no existe comparación entre las consecuencias que acarrea mentir en la relación médico - paciente o enfermera-paciente y la mentira que se presenta en otros contextos. Además de dañar la autonomía del paciente, estos ya se encuentran perjudicados al igual que los médicos, la profesión y toda la sociedad que depende de una medicina humana y confiable. La franqueza en la comunicación en salud debería ser una virtud de todos para así hablar con claridad y sinceridad (58).

2.3.15. Frecuencia de eventos notificados

La mayoría de los eventos adversos que suelen presentarse en el sector salud son notificados pero no analizados. La prevalencia de eventos adversos observada y descrita en estudios basados en la revisión de HC y realizados en distintos países del mundo varía entre 3 y 16% (59).

El estudio Iberoamericano de efectos adversos ligados a hospitalización en el Perú IBEAS nos muestra una distribución de los eventos adversos relacionados con: inf. Nosocomiales 39.6%;

procedimiento 28.9%; diagnóstico 10.8%; medicación 8.4%; cuidados 6,9%; otros eventos adversos 3.5%; esta prevalencia de eventos adversos se da en mayor porcentaje en Obstetricia 24.9% seguido de la Unidad de cuidados intensivos 21.4% (60).

CAPÍTULO II

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito del estudio

Este se llevó a cabo como su nombre lo denomina en el ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Ramiro Prialé de EsSalud de Huancayo.

El período de estudio estuvo comprendido entre los meses de abril a julio del 2016, este periodo de tiempo fue establecido por las investigadoras fue susceptible a alguna modificación, de acuerdo a la fecha de aprobación del proyecto en cuestión.

3.2. Población

La población estuvo constituida por la totalidad de personal de salud que laboral en unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Ramiro Prialé, los cuales fueron un total de 43 personales de salud, durante el 2016.

Características de la población muestral:

- **Criterios de inclusión.** Se incluyeron al personal de salud que:
 - Fueron asistenciales

- Aceptaron participar en la investigación (firman su consentimiento informado).
- o **Criterios de exclusión.** Se excluyeron del estudio al personal que:
 - Se encontró realizando alguna pasantía.
 - Fueron residente e internos de medicina y de enfermería
 - No aceptaron participar en el estudio.
- **Unidad de análisis**

El personal de salud
- **Unidad de muestreo**

Unidad seleccionada igual que la unidad de análisis.
- **Tipo de muestreo**

La selección de la muestra fue mediante el muestreo no probabilístico o dirigido, intencional o por conveniencia, en la cual se seleccionará directa e intencionadamente a todos los individuos de la población. Además, se tuvo en consideración los criterios de inclusión y exclusión.

3.3. Nivel y tipo de estudio

El nivel de estudio, fue un estudio relacional, ya que trato de explicar la relación de las variables propuestas.

Por el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información, el estudio fue de tipo **prospectivo**, puesto que se recogieron datos del tiempo presente, de una fuente primaria.

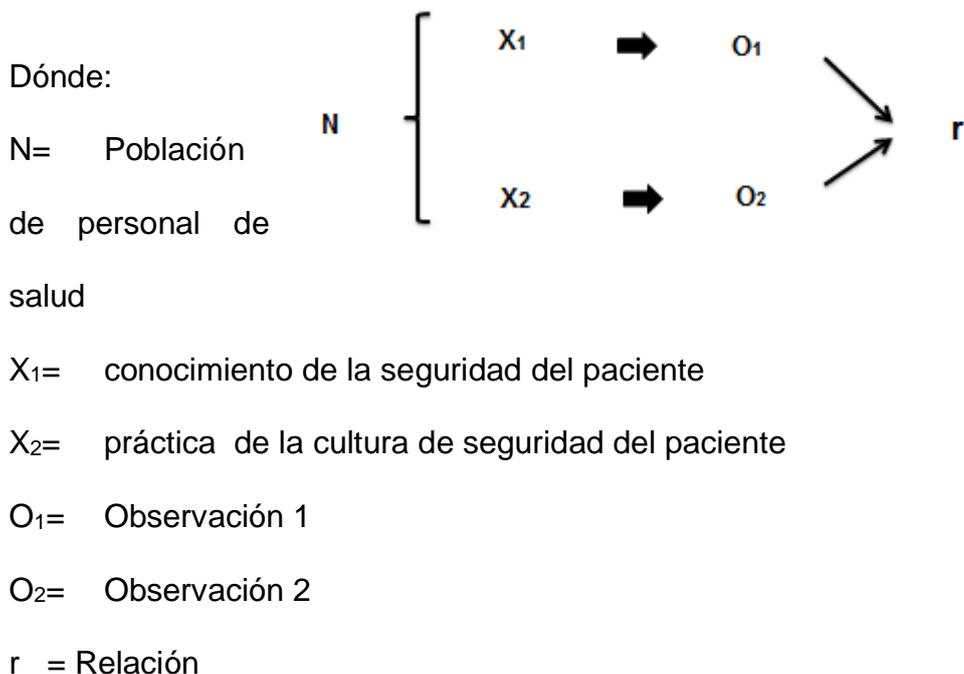
De acuerdo al período y secuencia del estudio; fue **transversal** porque se estudió las variables en un solo período de tiempo.

Según el número de variables el presente estudio fue **analítico**, puesto que se tuvo dos variables: variable dependiente e independiente.

Y según la intervención de las investigadoras el presente estudio fue un estudio **observacional**, puesto que no hubo manipulación de variables.

3.4. Diseño de estudio

El diseño del estudio fue correlacional, el cual es un diseño que permite que las observaciones de dos variables concordadas y correlacionadas, tal como se muestra a continuación:



3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1. Técnicas

Las técnicas utilizadas fueron la documentación y la entrevista individualizada.

3.5.2. Instrumentos de medición

Los instrumentos de recolección de datos fueron los siguientes:

- **Guía de entrevista sociodemográfica y laboral de la muestra en estudio (anexo 1).** Este instrumento contiene dos dimensiones: características sociodemográficas (4 reactivos), características laborales (4 reactivos), con los cuales se identificará las características generales de la muestra en estudio.
- **Escala de la práctica de la cultura de seguridad (anexo 2).** El presente instrumento, consta de 42 reactivos, y 3 dimensiones: cultura de seguridad en el servicio, en el hospital y en la comunicación; para los cuales se tendrá en consideración opciones de respuestas politómicas: muy en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo y muy de acuerdo.
- **Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (anexo 3).** Este instrumento consta de 12 reactivos y 2 dimensiones (a nivel personal de salud y a nivel institucional); con los cuales se medirán el nivel de conocimientos respecto a la temática en estudio.

3.5.3. Validez de los instrumentos de recolección de datos

Validez de contenido

En la presente investigación, los instrumentos utilizados fueron los siguientes:

3.5.1.1. Validación por juicio de expertos

Se procedió de la siguiente manera:

1. La validación fue realizada a través de la apreciación de 5 expertos, los cuales contaron con características especiales como ser expertos en investigación, profesionales con amplia trayectoria en temas de satisfacción de los usuarios, expertos en metodología de la investigación; los cuales calificaron los ítems de los instrumentos de medición, en términos de relevancia, claridad en la redacción y no tendenciosidad en la formulación de los ítems. Cada experto recibió adecuada información escrita consolidada en la matriz de consistencia.
2. Los expertos dieron a conocer sus distintos puntos de vista, en donde tomaron en cuenta las apreciaciones del instrumento respecto de cada ítem. La mayoría de expertos realizaron observaciones en algunos reactivos, por lo demás hubo coincidencia favorable. Con ello se logró la validez por jueces.

3.5.1.2. Validez racional

Los instrumentos de investigación (anexo 2 y 3) inferenciables, aseguraron la representatividad de todas sus dimensiones, ya que los constructos medidos, están literariamente bien definidos, gracias a la revisión *actual y completa de los antecedentes de investigaciones internacionales y locales*.

3.5.1.3. Confiabilidad de los instrumentos

Para estimar la confiabilidad de los instrumentos de medición inferenciables, fue conveniente aplicar la validez de consistencia interna, para la cual se empleó el coeficiente alfa de Crombach que arrojó un valor de 0.91, para el anexo 2; y para el anexo 3 fue 0.76 con ello demostró la fiabilidad de instrumentos de recolección de datos para aplicar a la muestra en estudio.

Se realizaron dichas medidas en los resultados de una muestra piloto (se aplicó los instrumentos en un contexto similar), en donde se identificaron también otras dificultades, principalmente de carácter ortográfico, palabras poco entendibles, ambigüedad en los términos y el control del tiempo necesario para cada instrumento; esta pequeña prueba se realizó en otro establecimiento de salud de nuestra localidad (hospital de Huancayo).

3.5.2. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

1. Se solicitó permiso al Hospital en estudio.

2. Se aplicó los instrumentos de recolección de datos.
3. Se hizo el control de los datos recolectados.
4. Se hizo el procesamiento estadístico de los datos.
5. Se realizó la interpretación de los resultados obtenidos.

3.6. Tabulación y análisis de datos

En primer lugar, se realizó la revisión de los datos, donde se examinó en forma crítica cada uno de los instrumentos que se utilizó; asimismo, se hizo el control de calidad a fin de hacer las correcciones necesarias. Seguido a ello, se efectuó la codificación de los datos, de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos respectivos según las variables del estudio. Después de ello, se llevó a cabo la clasificación de los datos de acuerdo a las variables de forma categórica, numérica y ordinal. Finalmente, se presentaron los datos en tablas académicas y en figuras de las variables en estudio.

Análisis descriptivo. Se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Se emplearon figuras para facilitar la comprensión, en cada caso se trató de generar el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible.

Análisis inferencial. Se consideró el análisis bivariado a nivel categórico entre todas las variables (las variables numéricas fueron categorizadas de acuerdo a estándares conocidos y aprobados), con ello se pudo aplicar la

prueba no paramétrica de X^2 , para variables categóricas; teniendo en cuenta el valor de la significancia estadística $p \leq 0,05$, con el 95% de confianza para determinar la relación que existe entre las variables.

Específicamente en el análisis inferencial, se desarrolló, teniendo en cuenta los pasos del ritual de la significancia estadística, tal como se muestra a continuación.

1. Formulación de hipótesis

En el presente estudio, las hipótesis (solo mencionaremos una, ya que el procedimiento en las demás son las mismas) a contrastar fueron de tipo:

H₀: No existe relación entre las dos variables.

H_i: Existe relación entre las dos variables.

2. Nivel de significancia

El nivel de significancia es el convenido para las ciencias de la salud ($\alpha = 5\%$); hablando en términos de unidad, es de 0,05; lo cual denota la probabilidad de rechazar la hipótesis nula cuando es verdadera siendo denominada error de tipo I, es decir, el error que estamos dispuestos a correr al rechazar una hipótesis nula verdadera. Su complemento, el nivel de confianza, es del 95% (en términos de unidad 0,95) cuyo Z (o valor tipificado) es 1,96.

3. Elección de la prueba estadística

El estadístico de prueba no paramétrica elegido fue el chi cuadrado, puesto que se trabajó con variables categóricas.

4. Toma de la decisión

Luego de desarrollar la prueba estadística elegida, tomamos la decisión (de rechazar o aceptar la hipótesis nula) en función al p-valor la cual debe ser mayor a la significación estadística ($\alpha = 5\%$) a partir del intervalo de confianza (IC 95%).

5. Interpretación de acuerdo al p-valor y el IC 95%

En este último paso del ritual de la significancia estadística para la asociación, ya hemos decidido si rechazamos la hipótesis nula y nos quedamos con la alterna o aceptamos la nula, en cuyo caso no aseveramos independencia, sino que con los datos hallados, no tenemos suficiente información para rechazar la hipótesis nula. Como recalcamos esta decisión se tomó a partir del p-valor, el cual debe ser menor al nivel de significancia planteado ($p < 0,05$).

El procesamiento de los datos se llevó a cabo con el paquete estadístico SPSS versión 22.0 para Windows.

3.7. Aspectos éticos de la investigación

Consentimiento informado. A través del cual la muestra en estudio fue informada por escrito de los objetivos generales del proyecto en el que fueron incluidos, todo ello se les presentó en un documento escrito para que lo pudieran firmar, con ello aceptaron su participación en el estudio.

También se tuvieron en cuenta, los siguientes principios éticos.

4.4.1. No maleficencia. No se generó ningún daño a la muestra en estudio, puesto que el estudio fue observacional.

4.4.2. Beneficencia. La unidad de análisis fue beneficiada con este estudio, puesto que harán propuestas que propicien las mejoras correspondientes en el servicio del hospital en estudio.

4.4.3. Autonomía. Cada participante del estudio tuvo la oportunidad de retirarse en el momento que lo consideró pertinente.

4.4.4. Justicia. La muestra en estudio, recibió el mismo trato, todos con la debida consideración.

4.4.5. Fidelidad. La muestra en estudio, da fe de la veracidad del trabajo frente al cuidado del paciente.

CAPÍTULO III

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados descriptivos

Tabla 1. Característica sociodemográficas del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Característica sociodemográficas	n=43	
	fi	%
Edad		
Adultos jóvenes (20-39)	13	30,2
Adultos medios (40-49)	19	44,2
Adultos maduros (50-59)	8	18,6
Adultos mayores (60-67)	3	7,0
Género		
Masculino	11	25,6
Femenino	32	74,4
Estado civil		
Soltero/a	15	34,9
Casado/a	20	46,5
Viudo/a	2	4,7
Divorciado/a	5	11,6
Conviviente	1	2,3
Religión		
Católico/a	38	88,4
Evangélico/a	4	9,3
Otro	1	2,3

Fuente. Guía de entrevista de las características y laboral de la muestra en estudio (Anexo 01).

En la tabla 1 acerca de las características sociodemográficas del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos en estudio, se aprecia que cerca de la mitad [44,2% (19)] pertenecen al grupo de adultos medios, seguido del 30,2% (13) que son adultos jóvenes.

En relación al género el 74,4% (32) lo representaban las féminas, frente a la cuarta parte [25,6% (11)] del género masculino. Alrededor de la mitad [46,5% (20)] son casados (as), seguido del 34,9 de solteros (as). Por último el 88,4% (38) profesan la religión católica, mientras que solo el 9,3% (4) profesan el evangelismo.

Tabla 2. Promedio de edad del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Género	x	Mediana (Q2)	DE	Min.	Max	Moda
Masculino	47,91	46	9,84	35	61	35
Femenino	43,44	43	9,10	29	62	41

Fuente. Guía de entrevista de las características y laboral de la muestra en estudio (Anexo 01).

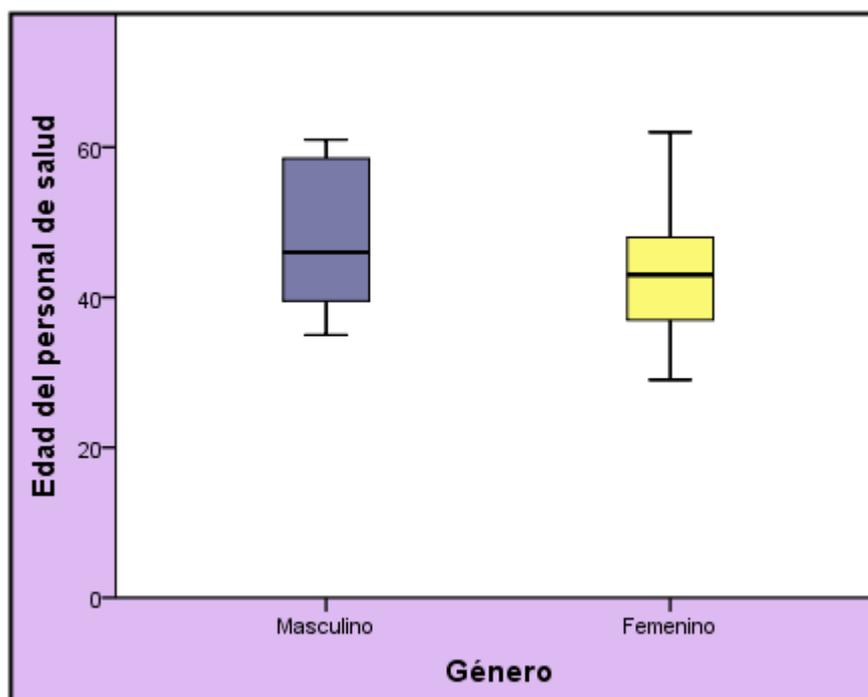


Figura 1. Representación gráfica de la edad del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

La tabla 2 y figura 1 muestra el promedio de las edades del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos en estudio según género, en la cual se aprecia, que la edad mínima del género masculino fue de 35 años y la máxima 61 años de edad, en tanto la media se aproximan a los 48 años (DE +/- 9,84).

Por otro lado la edad mínima de las féminas fue 29 y la máxima 62 años, el promedio de las edades para este grupo fue de 43 años con una mediana de 43, y desviación estándar 9,10 años.

Tabla 3. Características laborales del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Característica laborales	n= 43	
	fi	%
Profesión		
Licenciada/o en enfermería	9	20,9
Técnico de enfermería	8	18,6
Médico (general)	4	9,3
Médico especialista	4	9,3
Farmacéutico	3	7,0
Nutricionista	4	9,3
Asistente de Unidad/Oficinista/Secretaria	2	4,7
Tecnólogo	2	4,7
Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla	1	2,3
Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)	2	4,7
Administración/Dirección	4	9,3
Condición laboral		
Nombrado	13	30,2
Contratado	30	69,8
Tiempo de servicio en esta institución		
De 1 a 2 años	20	46,5
De 3 a 4 años	16	37,2
De 5 a 7 años	7	16,3
Tiempo que labora en el servicio de UCI		
De 1 a 2 años	16	37,2
De 3 a 4 años	19	44,2
De 5 a 6 años	8	18,6

Fuente. Guía de entrevista de las características y laboral de la muestra en estudio (Anexo 01).

En la tabla 3 sobre la características laborales del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos en estudio, evidenciaron que el 20,9% (9) son licenciados en enfermería, seguido por el 18,6% (8) que son técnicos de enfermería.

En lo que respecta a su condición laboral el 69,8% (30) son contratados y la otra parte [30,2% (13)] están en condición de nombrados.

Cerca de la mitad [46,5% (20)] tienen un tiempo de servicio de 1 a 2 años, mientras que el 37,2% (16) laboran por el mismo tiempo en la unidad de cuidados intensivos.

Tabla 4. Número de reportes de incidentes registrados en los 12 meses pasados por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Número de reportes de incidentes registrados en los 12 meses pasados	n= 43	
	fi	%
Ningún reporte de incidentes	2	4,7
De 1 a 2 reportes de incidentes	6	14,0
De 3 a 5 reportes de incidentes	9	20,9
De 6 a 10 reporte de incidentes	17	39,5
De 11 a 20 reportes de incidentes	4	9,3
21 reportes de incidentes o más	5	11,6

Fuente. Guía de entrevista de las características y laboral de la muestra en estudio (Anexo 01).

En la presente tabla acerca del número de reportes de incidentes registrados en los 12 meses pasados por el personal de salud en estudio, hallaron que un 39,5% (17) reportaron de 6 a 10 incidentes al año, seguido del 20,9% (9) que reportaron de 3 a 5 incidentes.

Análisis descriptivo de la variable práctica de la cultura de seguridad

Tabla 5. Comportamiento organizacional que favorece la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016.

Comportamiento organizacional	n=43			
	Si		No	
	Fi	%	fi	%
La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	34	79,1	9	20,9
Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	8	18,6	35	81,4
Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	32	74,4	11	25,6
En esta unidad, el personal se trata con respeto.	39	90,7	4	9,3
El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	18	41,9	25	58,1
Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	34	79,1	9	20,9
Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.	13	30,2	30	69,8
El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	29	67,4	14	32,6
Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	36	83,7	7	16,3

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

En la tabla 5 acerca del comportamiento organizacional que favorece la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud en estudio, evidenciaron que una gran proporción del personal [90,7% (39)] se tratan con mucho respeto, seguido del 83,7% (36) que sus errores los llevaron a cambios positivos.

Por otro lado el 81,4% (35) no tiene suficiente personal para hacer todo el trabajo, y personal evita trabajar más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente en un 58,1% (25).

Continuación:

Comportamiento organizacional	n=43			
	SI		No	
	Fi	%	fi	%
Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.	24	55,8	19	44,2
Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	32	74,4	11	25,6
Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	27	62,8	16	37,2
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	35	81,4	8	18,6
Frecuentemente, trabajamos en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente.	21	48,8	22	51,2
La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	25	58,1	18	41,9
El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	35	81,4	8	18,6
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.	10	23,3	33	76,7
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.	35	81,4	8	18,6

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

Continuando con el comportamiento organizacional que favorece la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud en estudio, se aprecia que el 81,4% (35) después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evalúan su efectividad, el personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes, y que sus procedimientos y sistemas sean efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir, respectivamente.

Mientras que las tres cuartas partes [76,7% (33)] no tienen problemas con la seguridad de los pacientes en la unidad de cuidados intensivos.

Tabla 6. Participación de las autoridades y superiores en la cultura de seguridad del paciente, según el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Cultura de seguridad compartida desde los superiores	n=43			
	Si		No	
	Fi	%	fi	%
Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.	14	32,6	29	67,4
Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	14	32,6	29	67,4
Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.	35	81,4	8	18,6
Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.	39	90,7	4	9,3

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

En la tabla 6 acerca de la participación de las autoridades y superiores en la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud en estudio, hallaron que un 90,7% (39) del supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez, frente al 67,4% (29) que no hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes y que no considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes, respectivamente.

Tabla 7. Comunicación compartida en la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Comunicación compartida	n=43			
	Si		No	
	Fi	%	fi	%
La dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes	13	30,2	30	69,8
El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	10	23,3	33	76,7
Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio.	31	72,1	12	27,9
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	22	51,2	21	48,8
En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	25	58,1	18	41,9
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien	1	2,3	42	97,7

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

En la presente tabla 7 sobre la comunicación compartida en la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud en estudio, se aprecia que cerca de las tres cuartas partes [72,1% (31)] les informan sobre los errores que se cometen en esta unidad, mientras que el 97,7% (42) del personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.

Tabla 8. Buen grado de seguridad logrado en la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Buen grado de seguridad logrado	n=43			
	Si		No	
	Fi	%	fi	%
Se logra un buen grado de seguridad en el hospital	27	62,8	16	37,2

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

En la tabla 8 acerca del buen grado de seguridad logrado en la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud en estudio, se observa que más de la mitad [62,8% (27)] logra un buen grado de seguridad en el hospital.

Tabla 9. Trabajo en equipo que favorece la seguridad del paciente según el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Trabajo en equipo que favorece la seguridad del paciente	n=43			
	Si		No	
	Fi	%	fi	%
La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	23	53,5	20	46,5
Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	4	9,3	39	90,7
La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un servicio a otro.	30	69,8	13	30,2
Existe buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntas.	31	72,1	12	27,9
Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.	23	53,5	20	46,5
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otros servicios en este hospital.	18	41,9	25	58,1
A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de los diversos servicios de este hospital.	14	32,6	29	67,4

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

En la tabla 9 sobre el trabajo en equipo que favorece la seguridad del paciente según el personal de salud en estudio, se evidencia que el 72,1% (31) existe buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas. Mientras que el 90,7% (39) no se coordinan bien entre ellas.

Tabla 10. Frecuencia esperada de reportes de incidentes en la cultura de seguridad del paciente por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Frecuencia esperada de reportes de incidentes	n=43			
	Si		No	
	Fi	%	fi	%
Se reportan los incidentes en la frecuencia esperada	21	48,8	22	51,2

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

En la tabla 10 acerca de la frecuencia esperada de reportes de incidentes en la cultura de seguridad del paciente por el personal de salud en estudio, hallarlo que el 51,2% (22) no reportan los incidentes en la frecuencia esperada.

Tabla 11. Dimensiones de la práctica de la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Dimensiones	n= 43			
	Adecuado		Inadecuado	
	fi	%	fi	%
Comportamiento organizacional que favorece la cultura de seguridad del paciente	27	62,8	16	37,2
Participación de las autoridades y superiores en la cultura de seguridad del paciente,	15	34,9	28	65,1
Práctica de la comunicación compartida en la cultura de seguridad del paciente	25	58,1	18	41,9
Buen grado de seguridad logrado en la cultura de seguridad del paciente	27	62,8	16	37,2
Trabajo en equipo que favorece la seguridad del paciente	25	58,1	18	41,9
Frecuencia esperada de reportes de incidentes en la cultura de seguridad del paciente	21	48,8	22	51,2

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

Observando la tabla 11 acerca de las dimensiones de la práctica de la cultura de seguridad del paciente según el personal de salud en estudio, hallaron que el 62,8% (25) del comportamiento organizacional que favorece la cultura de seguridad del paciente y el buen grado de seguridad logrado en la cultura de seguridad del paciente es adecuado.

Por otro lado, el 65,1% (28) es inadecuada la participación de las autoridades y superiores en la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 12. Práctica de la cultura de seguridad, percibida por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Práctica de la cultura de seguridad	n=43	
	fi	%
Adecuado	26	60,5
Inadecuado	17	39,5

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

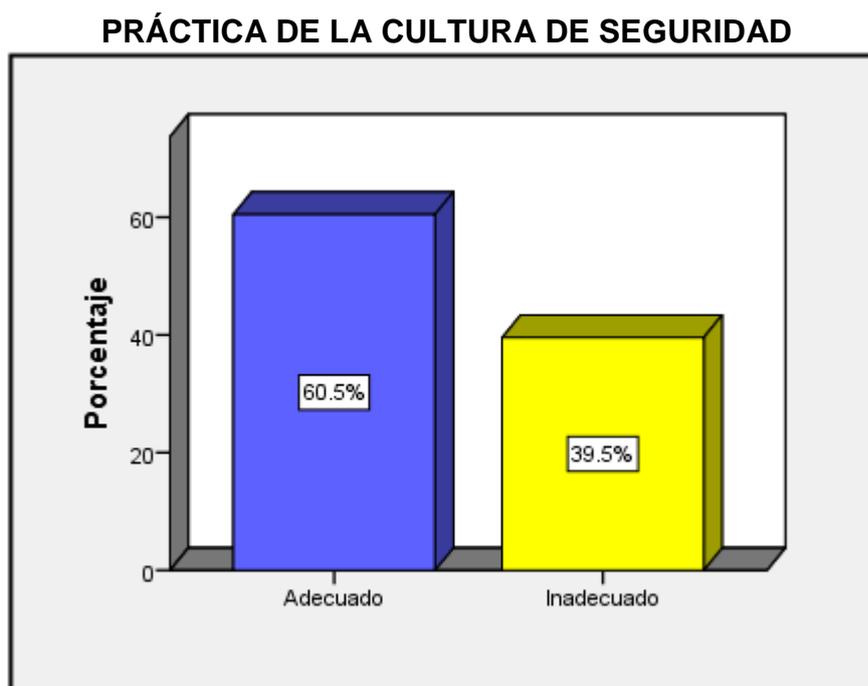


Figura 2. Representación gráfica de la práctica de la cultura de seguridad, percibida por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

En cuanto a la tabla 12 y figura 2 sobre la práctica de la cultura de seguridad, percibida por el personal de salud en estudio, se aprecia que el 60,5% (26) fue adecuado frente al 39,5% (17) que fue inadecuado.

Descripción de la variable conocimiento de la seguridad del paciente

Tabla 13. Conocimiento de la política, gestión y liderazgo del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimiento de la política, gestión y liderazgo	n= 43			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
El compromiso del equipo directivo con la seguridad del paciente.	34	79,1	9	20,9
La existencia de líderes asistenciales en seguridad del paciente	16	37,2	27	62,8
Implementación de acciones de prevención de reincidencia	23	53,5	20	46,5
Necesidades formativas relacionadas con la seguridad del paciente y la gestión de riesgos	27	62,8	16	37,2

Fuente. Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

En la presente tabla acerca del conocimiento de la política, gestión y liderazgo del personal de salud en estudio, se evidencia que más de las tres cuartas partes [79,1% (34)] conocen el compromiso del equipo directivo con la seguridad del paciente. Por otro lado el 62,8% (27) desconoce la existencia de líderes asistenciales en seguridad del paciente.

Tabla 14. Conocimiento de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimientos de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria	n= 43			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
Aplicación de la estrategia multimodal de la OMS sobre la higiene de las manos	37	86,0	6	14,0
Sobre la implantación del plan para la prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	28	65,1	15	34,9
Sobre la adecuada vigilancia, control y monitorización de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria	27	62,8	16	37,2

Fuente. Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

En la presente tabla acerca del conocimiento de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria del personal de salud en estudio, se halló que el 86,0% (37) conoce acerca de la aplicación de estrategia multimodal de la OMS sobre la higiene de las manos, mientras que el 37,2% (16) desconoce sobre la adecuada vigilancia, control y monitorización de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Tabla 15. Conocimiento de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimientos de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos	n= 43			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
La gestión y utilización adecuada de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos.	31	72,1	12	27,9
La seguridad en los procesos de almacenamiento y conservación de medicamentos, productos sanitarios y fluidos.	19	44,2	24	55,8
La seguridad en los procesos de prescripción, dispensación o suministro, administración y seguimiento de la medicación	21	48,8	22	51,2

Fuente. Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

En la tabla 15 sobre el conocimiento de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos del personal de salud en estudio, se aprecia que una gran proporción [72,1% (31)] conoce la gestión y utilización adecuada de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos. En tanto más de la mitad [55,8% (24)] desconoce la seguridad en los procesos de almacenamiento y conservación de medicamentos, productos sanitarios y fluidos.

Tabla 16. Conocimiento de la documentación y administración clínica del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimientos de la documentación y administración clínica	n= 43			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
La historia clínica como documento de información y actuación.	28	65,1	15	34,9

Fuente. Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

En la tabla 16 sobre el conocimiento de la documentación y administración clínica del personal de salud en estudio, hallaron que el 65,1% (28) conocen la historia clínica como documento de información y actuación.

Tabla 17. Conocimiento de los procesos o procedimientos clínicos del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimientos de los procesos o procedimientos clínicos	n= 43			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
Los protocolos para la seguridad del paciente al ingreso y durante su estancia en el centro	33	76,7	10	23,3
La identificación inequívoca del paciente en cualquier contacto con la asistencia sanitaria.	29	67,4	14	32,6
El plan de prevención de caídas.	20	46,5	23	53,5
Los protocolos de inmovilizaciones y contenciones mecánicas y farmacológicas.	19	44,2	24	55,8
El programa eficaz para la prevención, control y tratamiento de paciente con úlceras por presión.	15	34,9	28	65,1
La protocolización del manejo del dolor en los pacientes.	29	67,4	14	32,6
La disponibilidad de un programa eficaz para el manejo de la incontinencia urinaria y/o fecal.	32	74,4	11	25,6

Fuente. Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

Respecto a la tabla 17 acerca del conocimiento de los procesos o procedimientos clínicos del personal de salud en estudio, evidenciaron que el 76,7% (33) conocen los protocolos para la seguridad del paciente al ingreso y durante su estancia en el centro. Sin embargo el 65,1% (28) desconocen el programa eficaz para la prevención, control y tratamiento de paciente con úlceras por presión.

Tabla 18. Conocimiento de las infraestructuras, dispositivos y equipos médicos del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimientos de la infraestructuras, dispositivos y equipos médicos	n= 43			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
La gestión de la infraestructura y el equipamiento a fin de garantizar la seguridad en el uso.	26	60,5	17	39,5
El plan de seguridad ante situaciones de emergencias.	27	62,8	16	37,2
Los procedimientos para almacenamiento, utilización, control y eliminación de los productos y residuos generados por el centro.	17	39,5	26	60,5

Fuente. Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

En la presente tabla sobre el conocimiento de las infraestructuras, dispositivos y equipos médicos del personal de salud en estudio, se observa que el 62,8% (27) conoce el plan de seguridad ante situaciones de emergencias. Mientras que el 60,5% (26) desconoce los procedimientos para almacenamiento, utilización, control y eliminación de los productos y residuos generados por el centro.

Tabla 19. Conocimiento de la participación de pacientes del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimientos de la participación de pacientes	n= 43			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
El plan de acogida para recibir a los residentes y familiares que facilite el conocimiento y el acercamiento a la organización	37	86,0	6	14,0
Las sugerencias, quejas, reclamaciones e incidentes de seguridad.	28	65,1	15	34,9
La participación del paciente, familiares y/o tutores legales en la planificación de su plan de cuidados.	29	67,4	14	32,6

Fuente. Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

En la tabla 19 acerca del conocimiento de la participación de pacientes del personal de salud en estudio, resalta que el 86,0% (37) conoce el plan de acogida para recibir a los residentes y familiares que facilite el conocimiento y el acercamiento a la organización. En tanto el 34,9% (15) desconoce las sugerencias, quejas, reclamaciones e incidentes de seguridad.

Tabla 20. Conocimiento de la seguridad del paciente según dimensiones del personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Dimensiones del conocimiento	n= 43			
	Conoce		Desconoce	
	fi	%	fi	%
Política, gestión y liderazgo	23	53,5	20	46,5
Infecciones relacionadas con la atención de salud	30	69,8	13	30,2
Medicamentos, productos sanitarios y fluidos	22	51,2	21	48,8
Documentación y administración clínica	28	65,1	15	34,9
Procesos o procedimientos clínicos	28	65,1	15	34,9
Infraestructuras, dispositivos y equipos médicos	27	62,8	16	37,2
Participación de pacientes	36	83,7	7	16,3

Fuente. Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

Al observar la tabla 20 sobre el conocimiento de la seguridad del paciente según dimensiones del personal de salud en estudio, dio como resultado que el 83,7% (36) conocen acerca de la participación de los paciente. Por otro lado alrededor de la mitad [48,8% (21)] desconocen los medicamentos, productos sanitarios y fluidos.

Tabla 21. Conocimiento de la seguridad del paciente percibida por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimiento de la seguridad	n=43	
	fi	%
Conoce	25	58,1
Desconoce	18	41,9

Fuente. Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

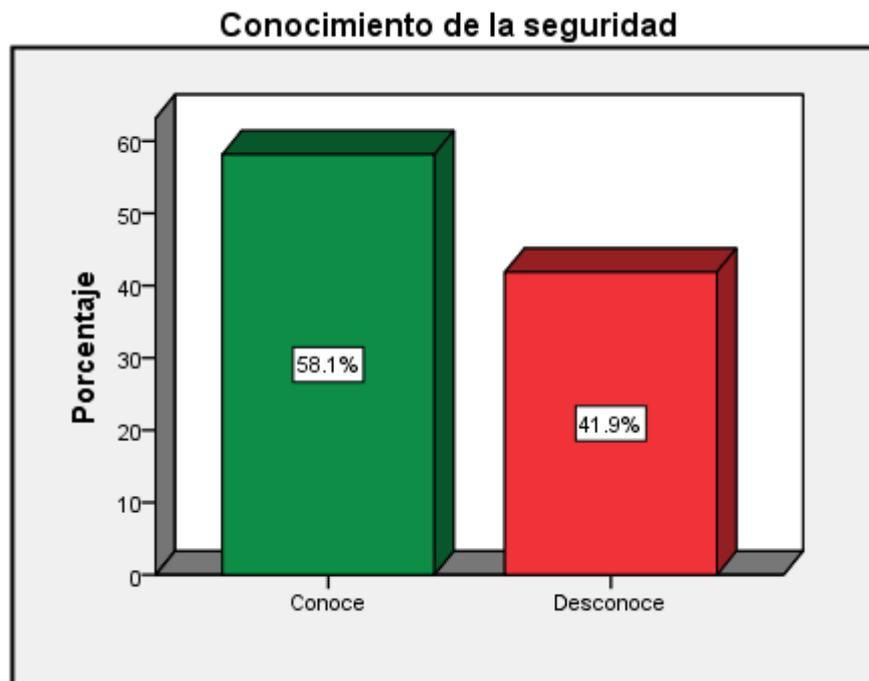


Figura 3. Representación gráfica del conocimiento de la seguridad del paciente percibida por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

La tabla 21 y figura 3 sobre el conocimiento de la seguridad del paciente percibida por el personal de salud en estudio, mostraron que el 58,1% (25) tiene conocimiento sobre seguridad, frente al 41,9% (18) que aún lo desconocen.

4.2. Comprobación de hipótesis

Tabla 22. Conocimiento de seguridad del paciente y la práctica de la cultura de seguridad percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimiento de seguridad al paciente	Práctica de la cultura de seguridad				X ²	GL	p-valor
	Adecuado		Inadecuado				
	fi	%	fi	%			
Conoce	20	46,5	5	11,6	9,53	1	0,00
Desconoce	6	14,0	12	27,9			
Total	26	60,5	17	39,5			

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02). Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

Evaluando la tabla 22 sobre el conocimiento de seguridad del paciente y la práctica de la cultura de seguridad percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos en estudio, evidenciaron que el 46,5% (20) conocen la seguridad del paciente y a su vez tiene una adecuada aplicación de la cultura de seguridad.

Corroborando la relación de dichas variables, mediante la prueba de chi cuadrado, se halló un valor calculado de 9,53 para 1 grado de libertad, con significancia ($p = 0,00$); por lo cual se rechazó la hipótesis nula, aceptando que el personal de salud que tiene conocimiento de la seguridad del paciente aplica de forma adecuada la cultura de seguridad.

Tabla 23. Conocimiento de la seguridad y práctica de la cultura de seguridad de pacientes en la dimensión: comportamiento organizacional favorable percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimiento de seguridad al paciente	Comportamiento organizacional favorable a la seguridad				X ²	GL	p-valor
	Adecuado		Inadecuado				
	fi	%	fi	%			
Conoce	20	46,5	5	11,6	7,57	1	0,01
Desconoce	7	16,3	11	25,6			
Total	27	62,8	16	37,2			

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02). Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

Al evaluar la tabla 23 acerca del conocimiento de la seguridad del paciente y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: comportamiento organizacional favorable percibida por el personal de salud en estudio, evidenciaron que el 46,5% (20) conocen la seguridad del paciente y a su vez tiene un adecuado comportamiento organizacional favorable a la seguridad.

Al comprobar la relación de dichas variables, mediante la prueba de chi cuadrado, se halló un valor calculado de 7,57 para 1 grado de libertad, con significancia ($p = 0,01$); por lo cual se rechazó la hipótesis nula, aceptando que el personal de salud que tiene conocimiento de la seguridad del paciente muestra un comportamiento organizacional favorable y adecuado.

Tabla 24. Conocimiento de la seguridad y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: participación de autoridades y superiores percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimiento de la seguridad al paciente	Participación de autoridades y superiores en la seguridad				X ²	GL	p-valor
	Adecuado		Inadecuado				
	fi	%	fi	%			
Conoce	11	25,6	14	32,6	2,19	1	0,12
Desconoce	4	9,3	14	32,6			
Total	15	34,9	28	65,1			

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02). Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

Al analizar la tabla 24 acerca del conocimiento de la seguridad del paciente y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: participación de autoridades y superiores percibida por el personal de salud en estudio, se observa que un 32,6% (14) conoce acerca de la seguridad del paciente, a su vez es inadecuado la participación de autoridades y superiores en la seguridad.

Respecto a la comprobación de relación del conocimiento de la seguridad y la participación de autoridades y superiores en la seguridad en estudio, mediante la prueba de chi cuadrado, se evidenció un valor calculado de 2,19 para 1 grado de libertad, sin significancia ($p= 0,12$); por lo que se aceptó la hipótesis nula.

Tabla 25. Conocimiento de la seguridad y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: comunicación compartida percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimiento de la seguridad al paciente	Comunicación compartida				X ²	GL	p-valor
	Adecuado		Inadecuado				
	fi	%	fi	%			
Conoce	19	44,2	6	14,0	7,83	1	0,01
Desconoce	6	14,0	12	27,9			
Total	25	58,1	18	41,9			

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02). Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

Respecto a la tabla 25 acerca del conocimiento de la seguridad del paciente y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: comunicación compartida percibida por el personal de salud en estudio, evidenciaron que el 44,2% (19) conocen la seguridad del paciente y a la vez tienen una comunicación compartida adecuada.

Al comprobar la relación de dichas variables, mediante la prueba de chi cuadrado, se halló un valor calculado de 7,83 para 1 grado de libertad, con significancia ($p = 0,01$); por lo cual se rechazó la hipótesis nula, aceptando que el personal de salud que tiene conocimiento de la seguridad del paciente poseen una comunicación compartida adecuada.

Tabla 26. Conocimiento de la seguridad y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: buen grado de seguridad logrado percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimiento de seguridad al paciente	Buen grado de seguridad logrado				X ²	GL	p-valor
	Adecuado		Inadecuado				
	fi	%	fi	%			
Conoce	21	48,8	4	9,3	11,50	1	0,00
Desconoce	6	14,0	12	27,9			
Total	27	62,8	16	37,2			

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02). Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

En la tabla 26 acerca del conocimiento de la seguridad del paciente y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: buen grado de seguridad logrado percibida por el personal de salud en estudio, evidenciaron que el 48,8% (21) conocen la seguridad del paciente y a la vez tienen un adecuado grado de seguridad logrado.

Comprobando la relación de dichas variables, mediante la prueba de chi cuadrado, se halló un valor calculado de 11,5 para 1 grado de libertad, con significancia ($p = 0,00$); por lo cual se rechazó la hipótesis nula, evidenciando que el personal de salud que tiene conocimiento de la seguridad del paciente tiene un buen grado de seguridad adecuado.

Tabla 27. Conocimiento de la seguridad del paciente y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: trabajo en equipo percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimiento de seguridad al paciente	Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio				X ²	GL	p-valor
	Adecuado		Inadecuado				
	fi	%	fi	%			
Conoce	19	44,2	6	14,0	7,83	1	0,01
Desconoce	6	14,0	12	27,9			
Total	25	58,1	18	41,9			

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02). Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

Evaluando la tabla 27 acerca del conocimiento de la seguridad del paciente y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: trabajo en equipo percibida por el personal de salud en estudio, evidenciaron que el 44,2% (19) conocen la seguridad del paciente y a la vez muestran un trabajo en equipo adecuado.

Al corroborar la relación de dichas variables, mediante la prueba de chi cuadrado, se halló un valor calculado de 7,83 para 1 grado de libertad, con significancia ($p = 0,01$); por lo cual se rechazó la hipótesis nula, resaltando que el personal de salud que tiene conocimiento de la seguridad del paciente, realiza un trabajo en equipo adecuado.

Tabla 28. Conocimiento de la seguridad del paciente y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: frecuencia esperada de reportes de incidentes percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo; 2016

Conocimiento de la seguridad al paciente	Frecuencia esperada de reportes de incidentes				X ²	GL	p-valor
	Adecuado		Inadecuado				
	fi	%	fi	%			
Conoce	14	32,6	11	25,6	1,23	1	0,21
Desconoce	7	16,3	11	25,6			
Total	21	48,8	22	51,2			

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02). Cuestionario de medidas individuales e institucionales del cuidado de la seguridad del paciente (Anexo 03).

Evaluando la presente tabla acerca del conocimiento de la seguridad del paciente y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: frecuencia esperada de reportes de incidentes percibida por el personal de salud en estudio, se observa que un 32,6% (14) conoce acerca de la seguridad del paciente y a la vez su frecuencia esperada de reportes de incidente es adecuado.

Comprobando la relacion de las dosvariables en estudio , mediante la prueba de chi cuadrado, se evidenció un valor calculado de 1,23 para 1 grado de libertad,sin significancia (p= 0,21); por lo que cual se aceptó la hipotesis nula.

4.3. Discusión de resultados

La presente investigación parte de la premisa de que la ciencia de la seguridad se basa en el conocimiento acumulado mediante el análisis de los accidentes y su objetivo es lograr que sistemas de gran complejidad funcionen con mayor seguridad (61). "Uno de los objetivos de una organización de asistencia sanitaria comprometida con el aprendizaje debe ser mejorar el equilibrio entre conocimiento científico y práctica clínica" (62).

Según la OMS citado por Bruno, Da Rosa, Da León y López (63); la calidad de asistencia sanitaria es "asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimiento del paciente y del servicio, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso"

La complejidad que envuelve el proceso de la medicación, desde la prescripción hasta la administración, necesita ser revisto por los profesionales de la salud, pues es una actividad exclusiva de éstos, la cual exige precisión, responsabilidad y conocimiento científico para que no ocurran eventos adversos (64).

Del Milagro (65), marca que: "La seguridad se ha descrito como el resultado final de un proceso de aprendizaje organizativo en el que participan todos los elementos de una institución que trabaja de forma colectiva en la consecución de este fin".

A continuación se explican que los resultados significativos obtenidos en el presente estudio y se comparan otros hallazgos alcanzados por diferentes investigadores, se hace una evaluación crítica de los resultados desde la perspectiva del investigador, y finalmente se extraen elementos para plantear las conclusiones. Asimismo, la presente investigación es muy singular para la muestra aplicada (validez interna) o para muestras que guarden características similares, por lo que futuras investigaciones podrían usar este estudio como antecedente. Se garantiza la validez interna del estudio, en el sentido que, las pruebas estadísticas aplicadas para las comparaciones establecidas, resultaron significativa a un nivel de confianza del 95% y para un valor $p > 0,05$.

Analizando las hipótesis en estudio, se halló relación significativa entre el conocimiento y la práctica de la cultura de seguridad [$X^2= 9,53$; $GL= 1$ y $p = 0,00$]; la dimensión: comportamiento organizacional favorable [$X^2= 7,57$; $GL= 1$ $p = 0,01$], dimensión: comunicación compartida [$X^2= 7,83$; $GL= 1$ $p = 0,01$] y la dimensión: buen grado de seguridad logrado [$X^2= 11,5$; $GL= 1$ $p = 0,00$]; por lo que se aceptó las hipótesis de investigación.

A través de los resultados obtenidos en este estudio, se identificó el conocimiento que tienen el personal de salud asistencial sobre las dimensiones de la seguridad de los pacientes, entre las que se incluyen la notificación de eventos, el trabajo en equipo, comunicación y coordinación, entre otros temas estrechamente relacionados con el proceso de educación médica asociada al desarrollo de la cultura de seguridad de los pacientes.

El resultado obtenido en la investigación pone en evidencia que el conocimiento está influenciando en las prácticas correctas de seguridad, y coincide con lo manifestado en la Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud” de Colombia que mencionan que “si las personas de una organización alinean estas características de comportamiento en torno a la seguridad de los pacientes, el resultado final no será distinto al de tener una organización que entrega seguridad a sus pacientes” (66).

En la misma línea, Wegner, Cruz, Cantarelli, Maier, Otero, Rubim (67); señalan que, “los profesionales que participaron en su estudio expresaron una visión tradicional del proceso de enseñanza / aprendizaje, siendo la formación en el empleo y la formación continua de las estrategias, para la implementación de una cultura de seguridad”. Del mismo modo citan a la OMS que menciona: “Creo que cuanto más entrenado usted está, más seguro y más consciente se convierten sus acciones”.

Así mismo, Barraclough y Carnino (68) indican que “la cultura de la seguridad es también una amalgama de valores, normas, ética y patrones de conducta aceptables, los cuales tienen por objeto mantener un enfoque autodisciplinado respecto del fortalecimiento de la seguridad más allá de los requisitos jurídicos y reglamentarios. Por consiguiente, la cultura de la seguridad tiene que ser consubstancial a los pensamientos y acciones de todos los individuos en todos los niveles de una organización”.

Por otro lado, la Gerencia de Calidad Unidad de Gestión de Riesgo Clínico (69) señala que, “la cultura de seguridad determinan la forma de

actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad”

Un estudio realizado por Da Silva, De Souza, Saturno (70), en hospitales públicos españoles; dio como resultado que los enfermeros se destacan positivamente en cinco de las 12 dimensiones, precisamente las relacionadas con el proceso de gestión de la seguridad del entorno laboral. Es decir, los enfermeros encuestados perciben que sus inmediatos superiores se preocupan por facilitar una cultura de seguridad favorable.

Desde otro punto también citan que según Singer y Kho (71), la profesión enfermería fue la característica que definió la percepción más pesimista en relación a la seguridad. Esta variabilidad puede deberse a situaciones realmente diferentes en los distintos contextos analizados o a diferencias relacionadas con los instrumentos o cuestionarios utilizados, que no eran los mismos aplicados en este estudio.

Por el contrario Blake citado por Zamorano Parra, Peña y Castillo (72), refieren que: “la cultura preventiva tiene un papel importante dentro de las organizaciones, no sólo en el área de seguridad, sino también en salud, ambiente, higiene, ergonomía, entre otras. Desafortunadamente, la prevención no se adquiere solamente con acudir a cursos y con el establecimiento de políticas preventivas, definitivamente el factor humano es el elemento primordial para lograrla”.

Respecto al análisis de la relación entre el nivel de conocimientos y la frecuencia de eventos notificados, la institución debe determinar los factores de riesgo con el uso de dispositivos médicos, educar a sus

colaboradores para garantizar la seguridad de dicho uso, hacer seguimiento a la incidencia y frecuencia de los eventos adversos asociados al uso de dispositivos médicos, EAUDM, e implementar las acciones de mejora necesarias con el fin de prevenir la recurrencia” (73).

En el estudio de Briceño, Suárez y Toloza (74) mencionan que, “es necesario reforzar el concepto, procedimiento y/o protocolo para el reporte de eventos adversos y la comprensión de su obligatoriedad en el hospital, ya que solamente el 43% lo reporta en el formato institucional, los demás lo hacen de forma verbal y algunos no lo reportan y el 4% de los encuestados dice no saber que un evento adverso”.

En la misma línea el estudio realizado por De los Santos, Figueras, López y Martínez (75) indican que en lo referente al conocimiento del personal sobre la existencia de protocolos de notificación de incidentes, ya sea licenciados como auxiliares, tenían conocimientos de los mismos; evidenciándose que 68% de los licenciados tiene conocimiento de la existencia de protocolos de notificación de incidentes, mientras que 32% restante carece de dicha información y 69% de los auxiliares tiene conocimiento de la existencia de protocolos de notificación de incidentes, y un 31% no tiene conocimiento de los protocolos. Por lo que mencionan que debe ser una obligación institucional que cada uno de los funcionarios tenga conocimientos de la existencia de éstos y también ser fomentado por los jefes.

Por el contrario Juárez y Durán (76) mencionan que, “no existió concordancia entre el conocimiento que tiene el personal de enfermería en

relación a lo que realmente se debe notificar y registrar en los eventos centinela, ya que al preguntarles qué evento se debe notificar, el personal refirió no saber; infiriendo que la notificación y registro se limita únicamente a las caídas de pacientes y dosificación incorrecta de medicamentos, esta situación es discordante con el programa implementado en el IMSS y de las capacitaciones derivadas de él, al personal operativo, ya que una vez implementado el programa, éste es difundido por el personal directivo a cada servicio y unidad hospitalaria.”

Jasso (77), indica que: “La percepción de inseguridad puede concebirse como tal —una percepción—, en cuanto a que la persona se sitúa frente a las circunstancias y emite un juicio sobre las posibilidades de ser víctima de un delito, basado en sus conocimientos y sus actividades cotidianas, así como en lo que refieren los medios de comunicación, o lo que se discute en las conversaciones con otros interlocutores.

A partir de la medición del conocimiento de la inseguridad se podrán tomar decisiones informadas para el diseño de políticas públicas que logren revertir este problema público que aflige a los mexicanos”.

Respecto al análisis de la relación entre el nivel de conocimientos y las acciones de la dirección/Supervisión que favorece la seguridad, como lo señala un estudio realizado en el área de la UCIN determinó el siguiente resultado “la cultura de una organización depende en gran medida de sus líderes. Los profesionales de la UCIN no se sienten respaldados por la dirección del hospital, y diferencia con los sistemas de salud españoles esta percepción no mejora cuando se habla de líderes más cercanos, como los

jefes de servicio o las supervisoras, los enfermeros, en particular, tienen una negativa percepción en lo que respecta a la disponibilidad del jefe de la unidad y el jefe de la UCIN, perciben que los comentarios y sugerencias no son recibidos y que los problemas no son escuchados ni atendidos (78).

Es de destacar, que el estudio realizado por Castañeda, Garza, González, Pineda, Acevedo y Aguilera (79), dio como resultado que “la dimensión de aprendizaje organizacional/mejora continua, que explora aspectos relacionados a las actividades para mejorar la seguridad, medidas apropiadas para evitar que ocurran nuevamente riesgos en los pacientes, así como la evaluación en los cambios relacionados con la seguridad fue percibida como fortaleza con un 83,6%”.

“Trabajar en equipo, requiere la movilización de recursos propios y externos, de ciertos conocimientos, habilidades y aptitudes, que permiten a un individuo adaptarse y alcanzar junto a otros en una situación y en un contexto determinado un cometido” (80). Jaramillo (81), por su lado nos dice que: “El conocimiento de las personas que conforman un equipo, posibilita un desarrollo más equilibrado y eficaz, no solo desde el punto de vista de su preparación y grado de conocimientos, sino además por la contribución al equipo desde sus competencias individuales”.

“Además de los aspectos sociales y contextuales, los modelos teóricos que estudian la autorregulación incluyen dentro del concepto al interjuego de tareas, metas, estrategias, resultados, feedback, conocimientos y creencias. Butler (1998) indica que un aprendiz autorregulado analiza los requerimientos de la tarea, establece metas de

aprendizaje, define las estrategias aptas para lograr los objetivos, seleccionando, adaptando y aun inventando estrategias que correspondan con las demandas de la tarea, monitorea los resultados asociados a las estrategias utilizadas, realiza valoraciones sobre el desempeño en las tareas y sobre la efectividad de las estrategias, efectúa ajustes en los modos de aprender basados en el éxito de sus esfuerzos, registrados mediante feedback interno y externo, si es necesario modifica metas, estrategias o ambas, reconoce las influencias de una variedad de conocimientos y creencias – creencias motivacionales, conocimientos del estudiante acerca de sí mismo, creencias epistemológicas, conocimiento del dominio, conocimiento de la tarea, conocimiento de las estrategias – , trabaja en colaboración con pares y puede beneficiarse en las interacciones con los docentes” (82).

Meyer citado por Gómez (83), menciona que “relacionó la falta de información-comunicación por parte del personal sanitario con una mayor preocupación de sufrir un error en la atención. Este aporte permite visualizar que la información realmente es la base de la implementación de una cultura de seguridad del paciente”.

Giménez (84), señala que las actitudes, conocimientos y comportamientos de los gestores y directivos de las organizaciones sanitarias son fundamentales a la hora de priorizar acciones de mejora en materia de seguridad.

En relación con la supervisión de cada jefe de área se identifica que ocasionalmente resalta el cumplimiento de las actividades desarrolladas

según los procedimientos establecidos, donde eventualmente tiene en cuenta las sugerencias que realiza el personal para optimizar la seguridad de los pacientes sin salirse de los procedimientos establecidos en relación con la seguridad de los pacientes. En el estudio de Castillo, Tello y Roser (85), señalan que, “existe la percepción de que se generan problemas en la transferencia de información para la atención del paciente en los cambios de turno y entre unidades”.

Según la *concepción de Meléndez, Garza, J. F. González, Castillo, S. González y Ruiz (86): “La seguridad del paciente es un tema complejo. En los últimos años estamos presenciando el pleno desarrollo de una política y estrategia global en países con diferentes niveles de desarrollo auspiciada por la OMS. De esta manera la opción estratégica por la seguridad se ha incluido en las agendas de las instituciones, organizaciones y sistemas de salud.*

Finalmente, si la cultura es el conjunto de valores, ideas, actitudes y conocimientos que dan forma al comportamiento humano y son transmitidos de generación en generación, entenderemos por qué se incluye en todas las políticas dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. Promover una cultura de la seguridad en el seno de las organizaciones sanitarias de los estados miembros es uno de los pilares de la política de seguridad del paciente de la OMS desde su comienzo en 2002, concretada posteriormente en la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente” (87).

Los sistemas de salud deben por lo tanto conocer y reconocer errores además de proponer medidas para evitarlos. Sabiendo que una

parte de estos generan daños en los pacientes. Si como se dice, errar es humano desarrollar medidas para evitar los errores es una necesidad urgente”.

CONCLUSIONES

Según los resultados analizados, se llegó a las siguientes conclusiones:

- Respecto a la práctica de la cultura de seguridad, percibida por el personal de salud en estudio, el 60,5% (26) fue adecuado, frente al 39,5% (17) de aplicación inadecuad. En relación al conocimiento de la seguridad del paciente percibida por el personal de salud en estudio, un 58,1% (25) tiene conocimiento sobre seguridad, frente al 41,9% (18) que aún desconocen algunos aspectos referidos a dicha variables.
- Al analizar las hipótesis en estudio, sobre el conocimiento de seguridad del paciente y la práctica de la cultura de seguridad percibida por el personal de salud de la Unidad de Cuidados Intensivos en estudio se halló una relación significativa [$X^2= 9,53$; $GL= 1$ $p = 0,00$]; por lo cual se rechazó la hipótesis nula.
- En un segundo momento se evaluó la seguridad del paciente y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: comportamiento organizacional favorable percibida por el personal de salud en estudio, en la cual también una relación significativa [$X^2= 7,57$; $GL= 1$ $p = 0,01$], por lo que se tuvo que aceptar la hipótesis de investigación.
- En un tercer momento se analizó la relación entre la seguridad del paciente y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: participación de autoridades y superiores percibida por el personal de salud en estudio, en la cual no se halló relación entre dichas variables [$X^2= 2,19$; $GL= 1$ $p = 0,12$]; por lo que se aceptó la hipótesis nula.

- Relacionado el conocimiento de la seguridad del paciente y práctica de la cultura de seguridad en la dimensión: comunicación compartida percibida por el personal de salud en estudio, se halló relación de dichas variables, [$X^2= 7,83$; $GL= 1$ $p = 0,01$]; por lo cual se rechazó la hipótesis nula, aceptando que el personal de salud que tiene conocimiento de la seguridad del paciente poseen una comunicación compartida adecuada.
- Comparando el conocimiento de la seguridad del paciente y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: buen grado de seguridad logrado percibida por el personal de salud en estudio, se encontró relación entre dichas variables, [$X^2= 11,5$; $GL= 1$ $p = 0,00$], por lo que se aceptó la hipótesis de investigación.
- Al relacionar el conocimiento de la seguridad del paciente y práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: trabajo en equipo percibida por el personal de salud en estudio, se halló una relación significativa también entre dichas variables [$X^2= 7,83$; $GL= 1$ $p = 0,01$]; por lo cual se rechazó la hipótesis nula, resaltando que el personal de salud que tiene conocimiento de la seguridad del paciente, realiza un trabajo en equipo adecuado.
- Evaluando la relación entre el conocimiento y la seguridad del paciente con práctica de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión: frecuencia esperada de reportes de incidentes percibida por el personal de salud en estudio, se observa la no relación estadística [$X^2= 1,23$; $GL= 1$ $p = 0,21$], por la que se rechazó la hipótesis de investigación.

RECOMENDACIONES

- Implementar políticas de concesión de incentivos para el fomento de la implicación del trabajador, castigando o premiando sus comportamientos, animándole a tener un interés activo en el mantenimiento de la del paciente e involucrándole en procesos de toma de decisiones vinculadas con la gestión de riesgos dentro de la organización.
- Mejorar los canales fluidos de comunicación, formales e informales, entre los miembros de la organización sobre los riesgos y propuestas de mejora que aseguren el adecuado flujo de información tanto ascendente como descendente o colateral y que establezcan un cauce de participación y de diálogo.
- Realizar evaluaciones periódicas de la seguridad del paciente, el cual se lleva a cabo a partir de aplicación de encuestas que cuentan con varios beneficios: permiten hacer el diagnóstico situacional de la cultura de seguridad, mejoran el grado de conciencia sobre la seguridad del paciente.
- Aplicar las políticas establecidas por la OMS, quienes propusieron Soluciones para la Seguridad del Paciente, un programa central, señala a la atención la seguridad del paciente y las prácticas óptimas para reducir los riesgos a que se ven expuestos

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aibar C. Seguridad del Paciente. [internet]. [Consultado 2014 May 30]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/research/Sesion1.pdf>
2. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Cienc. enferm.* 2011; (3): 97-111.
3. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. [internet]. [Consultado 2014 May 30]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
4. Gluck P. Seguridad del Paciente. *Obstetrics y Gynecology* 2012;120:1149–59
5. Alarcon C, Ortiz A. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente. [internet]. [Consultado 2014 May 29]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articulos6440_EstudioHPH.pdf
6. Plan de calidad para el sistema nacional de salud. Seguridad del paciente. [internet]. [Consultado 2014 May 29]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion/>
7. Ruiz C, Astolfo F, Mejia H, Fajardo R. Perspectivas en seguridad del paciente. Entrevista con líderes colombianos. *Revistabme.* 2010 Dic; 4(8): 10-21
8. Ibid, p. 12
9. Palanca I, Esteban A, Samoya E. , Op.cit., p.29
10. Palanca I, Esteban A, Samoya E. , Op.cit., p.31
11. IBEAS. Hacia una atención hospitalaria más segura. [internet]. [Consultado 2014 May 30]. http://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf
12. Ibid, p. 11
13. Diario La República. Negligencia médica. [internet]. [Consultado 2014 May 30]. Disponible en: <http://www.larepublica.pe/04-04-2005/405-casos-de-negligencia-medica-denunciados-en-el-2004>

14. Remon C. Errores en la práctica clínica. [internet]. [Consultado 2014 May 30]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es/formacion/tutoriales/MSC>
15. Ruiz C, Astolfo F, Mejia H, Fajardo R., Op.cit., p.11
16. Villarreal E. , Op.cit., p.112
17. Palanca I, Esteban A, Samoya E. Unidad de cuidados intensivos. [internet]. [Consultado 2014 May 30]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>
18. Ruiz C, Astolfo F, Mejia H, Fajardo R. , Op.cit., p.11
19. Atarribas E, Díaz C. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. [internet]. [Consultado 2014 May 29]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SEN ECA.pdf>
20. Es salud. Implementan rondas de seguridad del paciente en hospital de EsSalud Junín. [internet]. [Consultado 2014 Jun 02]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/2014/05/13/implementan-rondas-de-seguridad-del-paciente-en-hospital-de-essalud-junin/>
21. Villarreal E. Seguridad de los pacientes. Un compromiso de todos para un cuidado de calidad. Salud Uninorte. 2007 Mar; 23 (1): 112-119
22. Cabañas R. En: Parrado Lozano, Yaneth Mercedes o 1 LVol. 29, Núm. 2 /Gómez Ramírez
23. León RC. En: Parrado Lozano, Yaneth Mercedes o 1 LVol. 29, Núm. 2 / Gómez Ramírez
24. OMS. 55a Asamblea Mundial de la Salud. En: Parrado Lozano, Yaneth Mercedes o 1 LVol. 29, Núm. 2 / Gómez Ramírez
25. Seguridad Humana. Teoría y práctica de la seguridad humana. . [internet]. [Consultado 2014 May 29]. Disponible en: <https://docs.unocha.org/sites/dms/>
26. Fajardo G, Rodríguez J, Arboleya H, Rojano R, Hernández F, Santacruz J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. Redalyc. 2010 Dic; 78(6):5 27-532

27. Saturno. clima sobre seguridad en el ámbito hospitalario del Servicio Nacional de Salud. [internet]. [Consultado 2014 May 29]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpaciente.es>
28. Fajardo G, Rodríguez J, Arboleya H, Rojano R, Hernández F, Santacruz J. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. Redalyc. 2010 Dic; 78(6):5 27-532
29. Roqueta F, Santiago T, Chanovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias. [internet]. [Consultado 2014 May 29]. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol23_5/4.pdf
30. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Cienc. enferm. 2011; (3): 97-111.
31. Espinoza e. Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de cirugía. [Trabajo de grado para optar el título profesional de licenciatura en enfermería]. Lima: Universidad San Martín de Porras. Facultad de Ciencias de la Salud; 2010.
32. Villarreal, E. Op, cit, p. 119
33. García-Barberos M. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Recuperado el Septiembre de 2012, de www.fundacionmhm.org/pdf/Mono8/Articulos/articulo14.pdf
34. León Vanegas L. Aplicación de la teoría de restricciones en la gestión de la seguridad del paciente. [Para optar el grado de maestría administración en salud cuarta cohorte] Facultad de Administración Universidad del Rosario Bogotá d.c., noviembre de 2012
35. Knight A. Expertos TOC. Recuperado el Enero de 2012, de Alcanzando un desempeño superior a través de todo el sistema de salud y seguridad social. Traducción y comentarios : Rafael Conde M.D. Experto en Teoría de Restricciones - Expertos TOC Salud; Libardo Hernández Q.F. - Expertos TOC Salud: <http://www.etoc.Com>; 2004
36. Merino J. Teoría cultural. [internet]. [Consultado 2014 Jun 20]. Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/sociologia/articulos/04/0409-MerinoE.pdf>
37. Ministerio de salud. Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos de los hospitales del sector salud. [internet]. [Consultado 2014 Jun 01]. Disponible en:

<ftp://ftp2.minsa.gob.pe/destacados/archivos/46/Norma%20T%E9cnica%20Unidad%20Cuidados%20Intensivos.pdf>

38. Real Academia Española. Dotación de personal. . [internet]. [Consultado 2014 Jun 01]. Disponible en:http://www.rae.es/sites/default/files/Dossier_de_prensa._RAE_y_Asociacion.pdf
39. Ministerio de salud. Op, cit, p. 11
40. ibíd., p. 13
41. Del Barrio M, Reverte M. Enfermería intensiva. SEEIUC. 2010 Oct; 21(4): 150-160
42. Hospitalario de Albacete. Plan de Incorporación del Personal de Enfermería. [internet]. [Consultado 2014 Jun 01]. Disponible en: <http://www.chospab.es/enfermeria/pipe/unidadintensivos.htm>
43. Nolla M. El proceso cognitivo y el aprendizaje profesional. [internet]. [Consultado 2014 Jun 02]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v9n1/colaboracionl3.pdf>
44. Véliz P. La capacitación en emergencias y cuidados intensivos de los médicos internacionalistas cubanos. [Trabajo de grado Especialista de 2do Grado en Medicina Intensiva y Emergencias]. Cuba: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Medicina; 2010
45. Roqueta F, Santiago T, Chanovas M. , op. cit., p. 358.
46. Chavarri D. Hacia una cultura de seguridad del paciente. [internet]. [Consultado 2014 Jun 02]. Disponible en: www.sunasa.gob.pe/.../download.asp?...02%20Cultura
47. Castañeda H, Garza R, Gonzales J, Pineda M, Acevedo G, Aguilera A. Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. CIENCIA Y ENFERMERIA. 2013; (2): 77-88
48. Del Barrio M, Reverte M. Op.cit., p.152
49. OMS. Hospitales. [internet]. [Consultado 2014 Jun 02]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/hospitals/es/>
50. Defensoria del asegurado. La DAE. [internet]. [Consultado 2014 Jun 02]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/nuestra-institucion/>

51. Seguro Social de Salud. Implementan rondas de seguridad del paciente en hospital de EsSalud Junín. [internet]. [Consultado 2014 Jun 02]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/2014/05/13/implementan-rondas-de-seguridad-del-paciente-en-hospital-de-essalud-junin/>
52. Vítolo F. Problemas de Comunicación en el Equipo de Salud. [internet]. [Consultado 2014 Jun 02]. Disponible en: <http://www.itaes.org.ar/biblioteca/5-2011/ITAES-5-2011-investigacion.pdf>
53. Ibid, p. 2
54. Prit. Ch. Equipo de salud. [internet]. [Consultado 2014 Jun 02]. Disponible en: <http://equiposalud.blogspot.com/>
55. Hospitalario de AlbaceteOp.cit. p2
56. Grupo Fivasa. La comunicación. [internet]. [Consultado 2014 Jun 02]. Disponible en: <http://grupofivasa.blogspot.com/2008/10/la-comunicacin-entre-mdicos>.
57. Retoricas. El FeedBack en la Comunicación. [internet]. [Consultado 2014 Jun 02]. Disponible en: <http://www.retoricas.com/2009/05/el-feedback-en-la-comunicacion.htm>
58. James F. Honestidad en la Medicina. [internet]. [Consultado 2014 Jun 02]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/publicaciones/76975/honestidad-en-la-medicina-deberian-los-doctores-decir-la-verdad>
59. Bautista M, Parada D, Ballesteros N, Rodriguez J. Carreño Z. Frecuencia, evitabilidad y consecuencias de los eventos adversos. *Ciencia y Cuidado*. 2011; 8(1):75-84
60. Clendenes M. IBEAS. [internet]. [Consultado 2014 Jun 02]. Disponible en: <http://calidadsaludlima.files.wordpress.com/2009/12/5-ibeas-peru-minsa-decsa.pdf>
61. Seguridad del Paciente y la Atención Segura Paquetes Instruccionales. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. Colombia. p. 66. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
62. Bruno Dahiana R, Florencia; De León A; López Maira. Cultura de seguridad del paciente. Montevideo, 2011. p. 36. Disponible en:

<https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/2364/1/FE-0394TG.pdf>

63. OMS. En: Bruno Dahiana R, Florencia; De León A; López Maira. Cultura de seguridad del paciente. Montevideo, 2011. p. 36. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/bitstream/123456789/2364/1/FE-0394TG.pdf>
64. Wiliam Wegner, Eva Neri Rubim Pedro. La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [cited 2016 Nov 20];20(3). jun. 2012. p. 6. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/es_a02v20n3.pdf
65. Del Milagro Soria E. Cultura de la Seguridad del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales [x]. Córdoba: [date unknown]; 2012. p. 88. Disponible en http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/soria_etelvina_del_milagro.pdf.
66. Seguridad del Paciente y la Atención Segura Paquetes Instruccionales. Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. Colombia. p. 66. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf>
67. Wiliam Wegner, Silvana Cruz da Silva, Karen Jeanne Cantarelli Kantorski, Caroline Maier Predebon, Márcia Otero Sanches, Eva Neri Rubim Pedro Education for culture of patient safety: Implications to professional training. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brazil.2016. p. 5. Disponible en:http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160068.pdf
68. Ian Barraclough y Annick Carnino. Cultura de seguridad Elementos sostenidos para lograr un progreso sostenido. Boletín del IEA. 1998. p. 27. Disponible en: https://www.iaea.org/sites/default/files/40202042730_es.pdf
69. Gerencia de Calidad Unidad de Gestión de Riesgo Clínico AOP. CGA. Análisis de la Cultura sobre Seguridad del Paciente en el Hospital Padre Hurtado San Ramón. 2009. p. 5. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/articles-6440_EstudioHPH.pdf
70. Da Silva Gama Zenewton André, de Souza Oliveira Adriana Catarina., Saturno Hernández Pedro Jesús. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. Rio

de Janeiro. 2013. Artículo. p. 290, 291. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/15.pdf>

71. Singer y Kho. Op, cit, p. 13
72. Zamorano González B, Parra Sierra V, Peña Cárdenas F, Castillo Muraira Y. Conocimiento y actitud en prevención de trabajadores lesionados de una empresa metalmeccánica en México. México. 2009. p. 55. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/st/v17n1/art05.pdf>
73. Evaluación de la Frecuencia de Eventos Adversos y Monitoreo de Aspectos Claves Relacionados con la Seguridad del Paciente. Paquetes Instruccionales Guía Técnica “Buenas Prácticas para la Seguridad del Paciente en la Atención en Salud”. Versión 2.0. p. 29. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Evaluar-frecuencia-eventos-adversos.pdf>
74. Briceño Pineda T, Suarez Carvajal MP, Toloza Cano D C .Implementar un modelo de cultura justa de seguridad del paciente en el servicio de medicina interna del hospital universitario de santander hus. bucaramanga.Mayo.2011. p. 97 http://www.dalcame.com/wdescarga/seguridad_pte.pdf
75. De los Santos, Sandra; Figueras, Leticia; López, Natalia; Martínez, Stefanie. Opinión del personal de Enfermería, referido a la atención brindada al usuario, enfocado a la cultura de la seguridad del mismo. Montevideo. 2011. p 27. Disponible en: <http://www.bvsenf.org.uy/local/tesis/2011/FE-0397TG.pdf>
76. Juárez-Pérez H, Durán Muñoz C. Eventos centinela y la notificación por el personal de enfermería. Rev Enferm Inst Mex Seguro [Internet]. 2009 [cited 2016 Nov 11]; 17 (1):x. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim091g.pdf>. p. 42
77. Jasso López C. Percepción de inseguridad en México. Revista Mexicana de Opinión Pública [Internet]., julio - diciembre 2013 [cited 2016 Nov 11]; x:x. Available from: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmop/article/view/43663/39599> . p.16, 29
78. Del Milagro Soria E. Cultura de la Seguridad del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales [x]. Córdoba: [date unknown]; 2012. p. 88. Disponible en http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/soria_etelvina_del_milagro.pdf.

79. Castañeda Hortensia HR, Garza Hernández J González Salinas Mercedes F, Pineda Zúñiga G, Acevedo Porras A, Aguilera Pérez. Percepción De La Cultura De La Seguridad De Los Pacientes Por Personal De Enfermería [Nursing Perception Of Patient Safety Culture]. p. 85. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n2/art_08.pdf
80. Torrelles Cristina, Coiduras Jordi, Isus Sofía,F. Carrera Xavier, Georgina París* y José M. Cella. Competencia de Trabajo en Equipo: Definición y Categorización. Revista profesorado [Internet]. . 2011 Dic [cited 2016 Nov 11]. 15(3); x. Available from: <http://www.ugr.es/~recfpro/rev153COL8.pdf>. p. 331.
81. Jaramillo Solorio RM. Trabajo En Equipo. México.2012. p. 13. Disponible en <http://dgrh.salud.gob.mx/Formatos/MANUAL-DE-TRABAJO-EN-EQUIPO-2012.pdf>
82. Garello M. Autorregulación del aprendizaje, feedback y transferencia de conocimiento. Investigación de diseño con estudiantes universitarios. 2013 [cited 2016 Nov 12]; 15 (): x. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/155/15528263009.pdf>. p. 134-135.
83. Gómez Ramírez O, Arenas Gutiérrez W, González Vega L, Garzón Salamanca J, Mateus Galeano E, Soto Gámez A. Cultura De Seguridad Del Paciente Por Personal De Enfermería En Bogotá, Colombia. Cienc. enferm. [Internet]. 2011 Dic [citado 2016 Nov 20] ; 17(3): p. 103. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf>
84. Giménez Júlvez T. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón. Zaragoza, 2013 <https://zagan.unizar.es/record/13274/files/TESIS-2013-157.pdf>
85. Castillo Solís DC, Tello Britto TM, Rosero Castillo Y. Cultura de la seguridad del paciente del personal asistencial en una IPS de baja complejidad, yumbo, Valle. 2014. p. 61. Disponible en: <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/917/Diana%20Carolina%20Castillo%20Solis.pdf?sequence=1>
86. Meléndez Méndez C, Garza Hernández R J, González Salinas F, Castillo Castillo S, González García S, Ruiz Hernández E. Percepción del Personal de Enfermería hacia la Cultura de Seguridad en un Hospital Pediátrico en México. Revista Cuidarte. Artículo de Investigación e Innovación. p. 775. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v5n2/v5n2a09.pdf>
87. Ministerio de Sanidad y Política Social Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. Edita y distribuye: Ministerio de Sanidad y Política

Social, Centro de Publicaciones. 2009. Pág. 132. Disponible en:
http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

ANEXOS

ANEXO 1
CONSENTIMIENTO INFORMADO SEGÚN EL MODELO DEL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD (INS) DEL PERÚ

- **Título del proyecto.**
 Conocimiento y prácticas del cuidado de la cultura de seguridad del paciente por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo.
Equipo de Investigadores
 Rita Cerrón Córdova
 Lourdes Palacios Caballero
 Yeny Chirio Mateo
- **Introducción / Propósito**
 La cultura de la seguridad del paciente es la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención de salud hasta un mínimo aceptable. Además según referencias de Gómez, Arenas, González, Garzón, Mateus, Soto, la cultura está relacionada con las creencias y actitudes que asumen las personas en su práctica para garantizar que no experimentará daño innecesario o potencial asociado a la atención en salud. En este sentido 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.
- **Participación**
 Participaran los profesionales de la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Ramiro Prialé.
- **Procedimientos**
 Se le aplicará una guía de entrevista sociodemográfica y una escala de cultura de seguridad del paciente. Sólo tomaremos un tiempo aproximado de 15 a 30 minutos.
- **Riesgos / incomodidades**
 No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- **Beneficios**
 El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información oportuna y actualizada sobre los derechos de los pacientes en una institución hospitalaria.
- **Alternativas**
 La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Le notificaremos sobre cualquiera nueva información que pueda afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte de los investigadores, ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia quien patrocina el estudio. No se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

- **Problemas o preguntas**

Escribir al

Email: lourdes@hotmail.com o comunicarse al Cel. #976111324

- **Consentimiento / Participación voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firmas del participante o responsable legal**

Huella digital si el caso lo amerita

Firma del personal de salud: _____ 

Firma del investigador 1: _____

Firma del investigador 2: _____

Firma del investigador 3: _____

Huánuco, 2016

ANEXO 02

**CUESTIONARIO DE LA PRÁCTICA DE LA CULTURA DE SEGURIDAD
TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.** Conocimiento y prácticas del cuidado de la cultura de seguridad del paciente por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo.

INSTRUCCIONES: estimado(a) licenciado(a), sírvase por favor contestar las preguntas que a continuación se le formulan.

Gracias

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA EN ESTUDIO

Característica sociodemográficas	fi
Edad	
Adulto joven (20-39)	
Adulto medio (40-49)	
Adulto maduro (50-59)	
Adultos mayores (60-67)	
Género	
Masculino	
Femenino	
Estado civil	
Soltero/a	
Casado/a	
Viudo/a	
Divorciado/a	
Conviviente	
Religión	
Católico/a	
Evangélico/a	
Otro	

Fuente. Guía de entrevista de las características y laborales de la muestra en estudio (Anexo 01).

Característica laborales	
Profesión	
Licenciada/o en enfermería	
Técnico de enfermería	
Médico (general)	
Médico especialista	
Farmacéutico	
Nutricionista	
Asistente de Unidad/Oficinista/Secretaria	
Tecnólogo	

Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla	
Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)	
Administración/Dirección	
Condición laboral	
Nombrado	
Contratado	
Tiempo de servicio en esta institución	
De 1 a 2 años	
De 3 a 4 años	
De 5 a 7 años	
Tiempo que labora en el servicio de UCI	
De 1 a 2 años	
De 3 a 4 años	
De 5 a 6 años	

Fuente. Guía de entrevista de las características y laboral de la muestra en estudio (Anexo 01).

Número de reportes de incidentes registrados en los 12 meses pasados	
Ningún reporte de incidentes	
De 1 a 2 reportes de incidentes	
De 3 a 5 reportes de incidentes	
De 6 a 10 reporte de incidentes	
De 11 a 20 reportes de incidentes	
21 reportes de incidentes o más	

Fuente. Guía de entrevista de las características y laboral de la muestra en estudio (Anexo 01).

APLICACIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Comportamiento organizacional		
	SI	NO
La gente se apoya una a la otra en esta unidad.		
Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.		
Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.		
En esta unidad, el personal se trata con respeto.		
El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.		
Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.		

Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.		
El personal siente que sus errores son considerados en su contra.		
Los errores han llevado a cambios positivos aquí.		

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

Comportamiento organizacional		
	Si	No
Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.		
Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.		
Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.		
Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.		
Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.		
La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.		
El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.		
Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad.		
Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.		

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

Cultura de seguridad compartida desde los superiores		
	SI	NO
Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.		
Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.		
Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más		

rápido, aún si esto significa simplificar las labores del trabajo.		
Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y otra vez.		

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

Comunicación compartida	Si	
	SI	NO
La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes		
El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.		
Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.		
El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.		
En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.		
El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien		

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

Buen grado de seguridad logrado	Si	
	SI	NO
Se logra un buen grado de seguridad en el hospital		

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

Trabajo en equipo que favorece la seguridad del paciente		
	Si	NO

La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.		
Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.		
La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.		
Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.		
Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.		
Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.		
A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.		

Fuente. Escala de la práctica de la cultura de seguridad (Anexo 02).

Frecuencia esperada de reportes de incidentes		
	Si	NO
Se reportan los incidentes en la frecuencia esperada		

ANEXO 02
CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE LA SEGURIDAD DEL
PACIENTE

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN. Conocimiento y prácticas del cuidado de la cultura de seguridad del paciente por el personal de salud de la unidad de cuidados intensivos. Hospital Nacional Ramiro Prialé. Huancayo.

INSTRUCCIONES: estimado(a) licenciado(a), sírvase por favor contestar el cuestionario que se le presenta a continuación, por cada pregunta solo debe marcar una sola respuesta-

Gracias

POLÍTICA, GESTIÓN Y LIDERAZGO

I. El compromiso del equipo directivo con la seguridad del paciente.

1. Los directivos del hospital: ¿En qué elementos filosóficos deben explicitar la seguridad del paciente?
 - a) En la misión, visión y valores
 - b) En los principios y valores
 - c) En la filosofía normativa de la organización
2. Los directivos del hospital: ¿Qué deben diseñar inicialmente para aplicar adecuadamente la seguridad del paciente?
 - a) Un plan anual de seguridad del paciente con objetivos y acciones específicas a desarrollar consensuadas con los profesionales
 - b) Un listado de objetivos para establecer logros
 - c) Un plan con metas a corto plazo
3. Los directivos del hospital: ¿Qué deben de realizar para para que los profesionales puedan cumplir con los objetivos marcados en materia de seguridad del paciente?
 - a) Difundir y comunicar el plan de seguridad del paciente y las estrategias de implementación de acciones.
 - b) Comunicar las acciones prioritarias a cumplir
 - c) Diseñar estrategias.
4. Los directivos del hospital: ¿Qué elementos de medición del seguimiento, revisión y evaluación de la seguridad del paciente deben contar?
 - a) El cuadro de mando y los indicadores de seguridad.
 - b) Los índices de evaluación
 - c) Las mediciones de resultados
5. Los resultados de la evaluación: ¿En qué se utilizan?
 - a) En elementos de mejora.
 - b) En acciones punitivas
 - c) En elementos de análisis posterior
6. Para identificar los riesgos en el hospital: ¿Qué se necesita?

- a) Un mapa de riesgos actualizado.
 - b) Un mapa de puntos de localización
 - c) Un mapa político de demarcación
7. ¿Qué aspectos se prioriza en la evaluación?
- a) Los puntos críticos de seguridad de cada proceso asistencial.
 - b) Todos los procesos asistenciales
 - c) Aquellos que el evaluador lo considere pertinente
8. Para garantizar la prestación de una atención segura a los pacientes (personal, equipamiento, formación...). ¿Qué deben establecer los directivos del hospital?
- a) Una política de recursos humanos y materiales.
 - b) Reglamentos y normas
 - c) Metas y objetivos a largo plazo
9. Los incidentes relacionados con la seguridad del paciente ¿Qué canales deben seguir?
- a) La notificación
 - b) La difusión
 - c) Evaluación
10. ¿Quiénes son los responsables del análisis de los incidentes de la seguridad del paciente?
- a) Los directivos
 - b) El personal afectado
 - c) Los trabajadores
11. ¿Qué actividad se realiza para hablar directamente con los profesionales sobre temas de seguridad?
- a) Rondas de seguridad
 - b) Rondas de supervisión
 - c) Rondas sorpresivas
12. ¿Qué mecanismos se deben aplicar para incentivar la implicación de los trabajadores en la seguridad del paciente?
- a) Un sistema de reconocimiento y recompensa
 - b) Un programa de evaluación
 - c) Un sistema de seguridad
13. ¿Qué actividad de desarrollo científico sobre seguridad deben promover los directivos del hospital?
- a) La investigación
 - b) El análisis de problemas
 - c) El estudio de problemas
- II. La existencia de líderes asistenciales en seguridad del paciente.**
14. ¿Cuál es el papel de un líder de la seguridad del paciente?
- a) Fomentar la cultura de seguridad.
 - b) Premiar los logros en seguridad
 - c) Sanciona los incidentes
15. ¿Qué actividad enfoca el líder en la seguridad del paciente?
- a) Identifica los riesgos.

- b) Evalúa los riesgos
- c) Comunica los riesgos
- 16. ¿Cómo se implica el líder en las acciones de seguridad?
 - a) Participa en la elaboración del plan de seguridad
 - b) Participa en los acuerdos sobre la seguridad del paciente
 - c) Participa en todas las actividades
- 17. ¿Cuál es su papel en las acciones correctivas de los incidentes?
 - a) Planificar las acciones de mejora
 - b) Planifica los cambios a seguir
 - c) Planifica soluciones
- 18. ¿El líder cómo se entera del cumplimiento de las acciones implementadas?
 - a) Con la evaluación de resultados
 - b) Con los informes técnicos
 - c) Con los estudios de incidentes
- 19. El líder ¿Cómo hace saber de las mejoras o dificultades sobre la seguridad del paciente?
 - a) Comunicar resultados al resto de profesionales.
 - b) Presentando informes
 - c) Elaborando notas de campo

III. Implementación de acciones de prevención de reincidencia

- 20. El Hospital para registrar y analizar los riesgos en la seguridad del paciente ¿Qué elementos debe aplicar?
 - a) El un sistema de notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente anónimo, voluntario y no punitivo dirigido a los profesionales del centro.
 - b) Notificación de incidentes de casos.
 - c) Informes de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.
- 21. ¿Con qué medios se analiza los incidentes de seguridad del paciente?
 - a) El análisis modal de fallos y efectos, análisis causa-raíz, protocolo de Londres.
 - b) Análisis de causa efecto, análisis de problemas
 - c) Análisis modal y evaluaciones.
- 22. Para la prevención de reincidencias ¿Qué medidas disponen?
 - a) Se implantan medidas correctivas.
 - b) Se establecen recomendaciones escritas
 - c) Se sancionan las reincidencias
- 23. Las acciones de mejora de reincidencias ¿Qué mecanismos de información requieren?
 - d) Evaluaciones periódicas
 - e) Examen de avances
 - f) Análisis de la situación

IV. Necesidades formativas relacionadas con la seguridad del paciente y la gestión de riesgos

24. Las autoridades del hospital ¿Qué deben desarrollar en los profesionales de la salud?
- Competencias profesionales con la seguridad del paciente
 - Competencias genéricas
 - Competencias laborales
25. Las autoridades del hospital ¿Qué deben realizar para mantener actualizado las competencias en seguridad del paciente de los profesionales de la salud?
- Desarrollar un plan de formación anual sobre seguridad
 - Cursos de actualización
 - Informar al personal
26. ¿Cuáles son los temas que se deben considerar para desarrollar las competencias en seguridad del paciente de los profesionales de la salud? (puede haber más de una respuesta)
- Desarrollar temas de cultura de seguridad del paciente, gestión de riesgos,
 - Prevención de infecciones e higiene de las manos, uso seguro de la medicación, caídas, restricciones, úlceras por presión o abordaje del dolor.
 - Gestión hospitalaria
27. ¿Cómo se evalúa el impacto de la formación brindada?
- Aplicando cuestionarios estandarizados por la OMS.
 - Observando los aprendizajes
 - Buscando referentes de los trabajadores

INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ATENCIÓN SANITARIA

V. Aplicación de la estrategia multimodal de la OMS sobre la higiene de las manos.

28. Para el cumplimiento de la higiene de manos ¿Qué aspectos se debe garantizar?
- La adquisición y reposición de productos para la higiene de las manos
 - Productos de base alcohólica, jabón, toallas de un solo uso, crema de manos.
 - Material mínimo
29. El hospital ¿Qué debe disponer además del material para la higiene de manos?
- Agua corriente, jabón, toallas de papel, crema de manos y secamanos en los lavabos del centro.
 - Productos de base alcohólica, jabón, toallas de un solo uso, crema de manos.
 - Material mínimo

30. En las habitaciones ¿qué se debe disponer para realizar la higiene de manos?
 - a) Productos de base alcohólica en los puntos de atención al paciente.
 - b) Productos de higiene de manos.
 - c) Productos de limpieza.
 31. El hospital ¿Cómo debe motivar la frecuencia esperada de la higiene de manos?
 - a) Mediante recordatorios de los cinco momentos de la higiene de las manos en la mayoría de las habitaciones.
 - b) Propagandas de la técnica de higiene de manos por la TV
 - c) Avisos radiales de la técnica de higiene de manos.
 32. El hospital ¿Cómo debe garantizar la constancia de la higiene de manos?
 - a) Mediante la monitorización de la disponibilidad y funcionamiento correcto de la infraestructura.
 - b) De los recursos existentes en materia de higiene de las manos: lavabos, agua corriente, productos de base alcohólica, crema de manos, jabón, toallas
 - c) Avisos o recordatorios de la higiene de manos.
 33. ¿Cuáles son las frases de los recordatorios propuestos por la OMS de los cinco momentos de la higiene de manos?
 - a) “Cómo realizar la fricción de manos”, Cómo realizar el lavado de manos y “Cuándo y cómo realizar la higiene de manos”.
 - b) “Cómo realizar el lavado de manos y “Cuándo y cómo realizar la higiene de manos”. “Los momentos de la higiene de manos”
 - c) “Cómo realizar la fricción de manos”, “Los pasos de la técnica de higiene de manos médico”.
 34. ¿Cuál es el procedimiento que se realiza para medir periódicamente el nivel de cumplimiento y mejora de las recomendaciones sobre la higiene de las manos?
 - a) La evaluación de la práctica de higiene de manos.
 - b) La monitorización de la higiene de manos.
 - c) El control de la higiene de manos”.
- VI. Sobre la implantación del plan para la prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.**
35. ¿Cuál es el documento que norma la prevención y control de infecciones intrahospitalarias?
 - a) El manual de bioseguridad.
 - b) El manual de procedimientos
 - c) El reglamento de organización y funciones

36. ¿Cuáles son los equipos de protección del personal que trabaja en contacto con pacientes para evitar transmitir infecciones a los profesionales y/o pacientes?
- a) Batas, guantes, mascarilla, gafas.
 - b) El vestuario hospitalario
 - c) Los mandilones y batas
37. ¿Cuál es la medida adecuada a aplicarse cuando un paciente tiene enfermedad transmisible y requiere de hospitalización?
- a) El aislamiento en zonas a adecuadas
 - b) La quimioprofilaxis
 - c) La inmunización
38. ¿La prevención de infecciones en procedimientos invasivos como la colocación de sonda urinaria, que metodología es recomendable?
- a) La aplicación de un protocolo de utilización de sondas urinarias (prescripción, inserción, mantenimiento) y su evaluación periódica del grado de adherencia y cumplimiento
 - b) La aplicación de manuales de procedimientos
 - c) La evaluación en grupos de pacientes
39. ¿En la prevención de infecciones transmitidas por alimentos es recomendable?
- d) El diseño de un plan de prevención, vigilancia y control de infecciones relacionadas con los alimentos.
 - e) La aplicación de estrategias de prevención de infecciones relacionadas con los alimentos.
 - a) La evaluación periódica de los alimentos

VII. Sobre la adecuada vigilancia, control y monitorización de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

40. ¿Qué actividades son indispensables para detectar precozmente las infecciones intrahospitalarias?
- a) El sistema de vigilancia y control de infecciones relacionadas con los alimentos.
 - b) La Evaluación de casos.
 - c) El estudio de prevalencia de infecciones
41. ¿Cuál es el instrumento que posibilita el abordaje de un brote de infección nosocomial?
- a) El protocolo de intervención de brote nosocomial.
 - b) La investigación de brotes
 - c) El reglamento de bioseguridad
42. ¿Cuál es el documento que contiene información relacionadas con infecciones nosocomiales?
- a) El sistema de registro de infecciones nosocomiales.
 - b) La registro de brotes

- c) El formulario HISS

MEDICAMENTOS, PRODUCTOS SANITARIOS Y FLUIDOS

VIII. La gestión y utilización adecuada de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos.

43. ¿Los profesionales de salud donde deben de consulta sobre la disponibilidad de medicamentos para su utilización?
- En un a base de datos actualizadas
 - En el personal de farmacia
 - Vía telefónica.
44. ¿El manejo de medicamentos se debe realizar en?
- Una guía farmacoterapéutica cerrada y consensuada con la selección de medicamentos imprescindibles
 - En el vademécum hospitalario
 - Guía de medicamentos comerciales
45. ¿La disponibilidad de medicamentos, productos sanitarios y fluidos se debe hacer conocer mediante?
- Notas informativas, alertas
 - Radio
 - TV
46. ¿Qué acción se sigue ante errores de medicación ocurridos en los centros de salud?
- Brindar información periódica y las estrategias de cambio
 - Sancionar a los implicados
 - Archivar las ocurrencias
47. ¿Qué se debe hacer ante los medicamentos que tienen nombres parecidos o etiquetados, envasados confusos o de apariencia similar?
- Aplicar medidas para reducir la posibilidad de que ocurran errores con medicamentos
 - Informar al personal de problemas con similitud de medicamentos
 - Comunicar los riesgos
48. ¿Cuál es el mecanismo más utilizado cuando se administra medicamentos de alto riesgo?
- Aplicar protocolo actualizado de procedimientos y circuitos en el manejo de los medicamentos de alto riesgo
 - Aplicar medidas para reducir la posibilidad de que ocurran errores con medicamentos
 - Aplicar normas de administración de medicamentos

49. ¿Para la utilización de anticoagulantes orales deben?
- a) Aplicar medidas de prevención de riesgos
 - b) Aplicar medidas para reducir la posibilidad de que ocurran errores con medicamentos
 - c) Aplicar normas de administración de medicamentos
50. ¿Los protocolos de uso de medicamentos requieren?
- a) Actualización y evaluación
 - b) Actualización
 - c) Evaluación

IX. La seguridad en los procesos de almacenamiento y conservación de medicamentos, productos sanitarios y fluidos.

51. ¿En qué lugar se almacenamiento de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos?
- a) En un único lugar, con acceso restringido
 - b) En la parte de farmacia
 - c) En los almacenes generales
52. ¿Qué mecanismos se otorgan a la caducidad de medicamentos?
- a) Se disponen de procedimientos de control de caducidad de medicamentos
 - b) Se opera con el control de bajas de medicamentos
 - c) Se aplican procedimientos administrativos
53. ¿En qué lugar se almacenamiento de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos?
- a) En un único lugar, con acceso restringido
 - b) En la parte de farmacia
 - c) En los almacenes generales
54. ¿Para la conservación de los medicamentos, productos sanitarios y fluidos que control es el más utilizado?
- a) El control de temperatura ambiental
 - b) El control de incendios
 - c) El control previo
55. ¿Qué se hace para los casos de existencia de medicamentos no autorizados que se encuentran en las unidades de los pacientes?
- a) Se aplica mecanismos de control
 - b) Se supervisa a los pacientes
 - c) Se informa a los trabajadores
56. ¿Qué requisitos deben mostrar los envases los medicamentos, productos sanitarios y fluidos?
- a) Las etiquetas deben estar bien diseñadas y legibles
 - b) Deben contar con material durable
 - c) Deben de estar claros.
57. ¿Los protocolos de medicamentos deben medirse en?
- a) Su grado de adherencia y cumplimiento

- b) Su aplicación
 - c) Su análisis
- X. La seguridad en los procesos de prescripción, dispensación o suministro, administración y seguimiento de la medicación.**
58. ¿Qué datos debe aguardar la hoja de tratamiento del paciente?
- a) La medicación actualizada del paciente, dosis, frecuencia, vía de administración y fechas de prescripción y revisión de tratamiento
 - b) Su aplicación según fechas de prescripción y revisión de tratamiento
 - c) Su análisis según fechas de prescripción y revisión de tratamiento
59. ¿Qué datos debe aguardar la hoja de tratamiento del paciente?
- a) La medicación actualizada del paciente, dosis, frecuencia, vía de administración y fechas de prescripción y revisión de tratamiento
 - b) Su aplicación según fechas de prescripción y revisión de tratamiento
 - c) Su análisis según fechas de prescripción y revisión de tratamiento
60. ¿Para continuar con la seguridad tratamiento del paciente que se debe de hacer con la hoja de tratamiento?
- a) Revisar al historia clínica
 - b) Controlar
 - c) Revisar la hoja de indicaciones
61. ¿Para asegurar el paciente correcto en el tratamiento del paciente que se debe?
- a) Aplicar el procedimiento o sistema para la identificación correcta del paciente y su medicación antes de la prescripción o administración del mismo,
 - b) Aplicar los cinco correctos de la administración de medicamentos
 - c) Contar con mecanismos de identificación de casos.
62. ¿Qué procedimiento se debe aplicar en el manejo de paciente de alta o traslado?
- a) El procedimiento estandarizado para conciliar la medicación
 - b) El control de medicamentos
 - c) El inventario de medicamentos
63. ¿La minimización de riesgos en la prescripción se logra mediante los?
- a) Los protocolos
 - b) Los manuales
 - c) Las historias clínicas

DOCUMENTACIÓN Y ADMINISTRACIÓN CLÍNICA

XI. La historia clínica como documento de información y actuación.

64. ¿La garantía de la individualidad de la información se logra con?
- Con una historia clínica codificada
 - Con registros individualizados de los pacientes
 - Con registros básicos de los pacientes
65. ¿La historia clínica representa para los profesionales de la salud?
- Un documento accesible y disponible de información
 - Un documento de identificación del paciente
 - Un documento de archivo clave
66. ¿La historia clínica con orientación segura debe contener información clara de?
- Edad, alergias, patologías concomitantes, alteración o deterioro psíquico o físico, hábitos, soporte socio-familiar, entorno social...)
 - Un documento de identificación del paciente
 - Un documento de archivo clave
67. ¿La historia clínica debe contar con las hojas de?
- Anamnesis, evolución, hoja de tratamiento, constantes y un resumen actualizado de la situación del paciente (epicrisis).
 - Evolución, tratamiento y epicrisis
 - Información del ingreso y alta
68. ¿La evitación de duplicidades de la información de la historia clínica se logra con?
- La evaluación periódica de la historia clínica.
 - La revisión de las historias
 - Hacer bien los registros desde el inicio
69. ¿La garantía de la correcta continuidad de la asistencia está dada por?
- Por la aplicación del listado de verificación de los componentes esenciales de la historia clínica
 - Aplicación de encuestas de opinión
 - Las escalas de satisfacción

PROCESOS O PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS

XII. Los protocolos para la seguridad del paciente al ingreso y durante su estancia en el centro

70. ¿La admisión del paciente debe guiarse con?
- Un protocolo del paciente, familia o tutor legal
 - Un manual de procedimientos
 - Un manual de riesgos
71. ¿El paciente hospitalizado requiere de?
- Un Plan de atención individualizada
 - Un manual de procedimientos

- c) Un manual de riesgos
- 72. Los procesos complejos de los pacientes hospitalizados se deben de?
 - a) Atender con procesos específicos
 - b) Atender con guías
 - c) Atender con programas
- 73. ¿Los procesos complejos (sondas nasogástricas, gastrostomía percutánea, endoscópica (PEG), colectores, traqueotomías, ostomías...) de los pacientes hospitalizados se deben de?
 - a) Atender con procesos específicos
 - b) Atender con guías
 - c) Atender con programas
- 74. ¿La garantía del cuidado se logra con?
 - a) Una adecuada coordinación y comunicación entre personal y servicios
 - b) Procesos de registros
 - c) Llamadas telefónicas
- 75. ¿Las actuaciones brindadas a los pacientes deben registrarse?
 - a) En la historia clínica
 - b) Los registros específicos del servicio
 - c) Los cuadernos de ocurrencias

XIII. La identificación inequívoca del paciente en cualquier contacto con la asistencia sanitaria.

- 76. ¿Ante qué procedimientos se debe garantizar la identificación inequívoca de los pacientes? **(Puede haber más de una respuesta)**
 - a) Administración de medicamentos, transfusiones sanguíneas
 - b) Extracción de muestras biológicas, realización de procedimientos invasivos
 - c) Transferencias
- 77. ¿Qué otras medidas de seguridad de la identificación de pacientes vulnerables conoce?
 - a) Pacientes con deterioro cognitivo/alteración, edad avanzada
 - b) Con alteración de la conciencia
 - c) Problemas crónicos

XIV. El plan de prevención de caídas.

- 78. ¿Qué mecanismos se debe aplicar para garantizar la prevención de riesgos de caídas?
 - a) Protocolos de procedimientos y circuitos
 - b) Manual de procedimientos
 - c) Guías de atención
- 79. ¿En qué documento se consignan las caídas?

- a) Sistema de registros de caídas
 - b) Historia clínica
 - c) Cuaderno de ocurrencia
- XV. Los protocolos de inmovilizaciones y contenciones mecánicas y farmacológicas.**
80. ¿En qué documento se consignan procedimientos de inmovilización?
- a) En protocolos
 - b) Guías
 - c) Manuales
81. ¿La aplicabilidad del protocolo se consigue?
- a) Con la evaluación
 - b) La medición
 - c) La estadística de casos
- XVI. El programa eficaz para la prevención, control y tratamiento de paciente con úlceras por presión.**
82. ¿La prevención, control y tratamiento del paciente con UPP se consigue con?
- a) Procedimientos y circuito para la identificación, valoración, prevención y control de riesgos de pacientes de UPP
 - b) Planes de acción
 - c) Proyectos de corto plazo
83. ¿El análisis de las mejoras de las acciones de mejora de UPP se basa en?
- a) Un sistema de registro y monitorización de las UPP desarrolladas durante la estancia del paciente.
 - b) Supervisión de la estancia hospitalaria del paciente
 - c) Estudio de las complicaciones del paciente durante su estancia hospitalaria.
84. ¿Qué tipo de estudios son aplicables a la ocurrencia de UPP?
- a) Los estudios de evaluación de la incidencia y prevalencia de las UPP
 - b) Los estudios de factores de riesgo
 - c) Los estudios de prevalencia
- XVII. La protocolización del manejo del dolor en los pacientes.**
85. ¿Con qué se valora el dolor de los pacientes?
- a) Con instrumentos adaptados a las características específicas del paciente
 - b) Con escalas predeterminadas
 - c) Con cuestionarios de preguntas cerradas
86. ¿La atención del dolor de los pacientes se realiza en base al?
- a) Protocolo para el manejo de pacientes con dolor
 - b) Guía de cuidados del paciente
 - c) Plan de atención de pacientes

XVIII. La disponibilidad de un programa eficaz para el manejo de la incontinencia urinaria y/o fecal.

87. ¿La incontinencia urinaria o fecal debe intervenir utilizando?
- El protocolo que establezca los procedimientos y circuitos para la identificación, valoración, prevención, control y tratamiento del problema de incontinencia
 - Manual de atención de pacientes
 - La literatura correspondiente
88. ¿La atención del paciente con incontinencia urinaria o fecal debe constar en?
- Un sistema de registro de las medidas conductuales y, en su caso, de los cambios de absorbentes realizados a los pacientes
 - La historia clínica
 - Los libros de atención

INFRAESTRUCTURAS, DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MÉDICOS

XIX. La gestión de la infraestructura y el equipamiento a fin de garantizar la seguridad en el uso.

89. ¿La atención del paciente debe contar con?
- Un sistema de medios técnicos y recursos necesarios para desarrollar las actividades del centro de acuerdo a su cartera de servicios, actividad y complejidad.
 - Un sistema de seguridad de la infraestructura
 - Un manual de manejo de la infraestructura.
90. ¿Las condiciones de seguridad de las instalaciones se mantienen mediante?
- La monitorizan de las instalaciones (mantenimiento, inspecciones, control de calidad)
 - La evaluación periódica
 - La supervisión constante
91. ¿La infraestructura debe estar conducido por?
- Un responsable de la gestión del equipamiento
 - La alta dirección
 - El personal operativo
92. ¿El desempeño eficiente del gestor de la infraestructura requiere de?
- Formación e información
 - Capacitación
 - Aprendizaje autónomo

XX. El plan de seguridad ante situaciones de emergencias.

93. ¿Para el desempeño eficiente de las emergencias es necesario?

- a) Un plan de seguridad adaptado al centro con las actuaciones específicas
- b) Un proyecto de mejora,
- c) Un plan de capacitación

94. ¿Los recursos de apoyo durante una emergencia son?

- a) Un listado de teléfonos ubicados en lugar visible
- b) Un Listado de actividades
- c) Un registro de ocurrencias

XXI. Los procedimientos para almacenamiento, utilización, control y eliminación de los productos y residuos generados por el centro.

95. ¿El manejo de residuos sólidos hospitalarios se basa en?

- a) Un protocolo de identificación, toma, manejo y traslado para muestras biológicas y pruebas diagnósticas
- b) Una guía de procedimientos
- c) Un manual de intervención

96. ¿Los residuos sólidos hospitalarios peligrosos deben estar ubicados en?

- a) Zonas alejadas de los usuarios
- b) Contenedores previamente preparados
- c) Depósitos herméticos

97. ¿Los procedimientos de mantenimiento de la infraestructura se realiza con?

- a) Un protocolo sobre limpieza, desinfección y esterilización de instalaciones, equipamientos, dispositivos y materiales sanitarios.
- b) Una guía de mantenimiento de la infraestructura
- c) Un manual de procedimientos

PARTICIPACIÓN DE PACIENTES

XXII. El plan de acogida para recibir a los residentes y familiares que facilite el conocimiento y el acercamiento a la organización.

98. ¿Qué información se brinda al paciente y familiares?

- a) Sobre el funcionamiento del centro, la cartera de servicios, recursos humanos y estructurales, procedimientos de acceso, servicios de referencia y procedimientos de elección.
- b) Los servicios de apoyo a la atención médica
- c) Los recursos que cuenta para su tratamiento

99. ¿Respecto a la prevención de accidentes relacionados con la seguridad de pacientes, que material se cuenta en el hospital?

- a) La guía de recomendaciones.
- b) La guía de procedimientos
- c) El listado de accidentes

100. ¿La información que se brinda al usuario debe ser?

- a) Avalada científicamente, actualizada y en un lenguaje claro, legible y fácil de entender.
- b) Sistemática y sencilla
- c) Congruente con la realidad

XXIII. Las sugerencias, quejas, reclamaciones e incidentes de seguridad.

101. ¿En qué medios se aplican la gestión de las notificaciones?
- a) Vía (verbal, buzón, web, grupos de mejora...) y desde cualquier punto de la organización.
 - b) Registros de problemas
 - c) El análisis de problemas
102. ¿La atención brindada requiere de estudios de?
- a) Satisfacción de los pacientes.
 - b) Calidad de los servicios planificados
 - c) Expectativas de los pacientes

XXIV. La participación del paciente, familiares y/o tutores legales en la planificación de su plan de cuidados.

103. ¿La historia clínica debe estar disponible para?
- a) El paciente, familiar autorizado y/o tutor legal en cualquier momento en el que lo solicite.
 - b) Para los responsables de la atención del paciente
 - c) Para las autoridades del hospital.
104. ¿La información de los problemas de salud del paciente y de los procesos de atención se debe brindar a?
- d) Paciente, familiar autorizado y/o tutor legal.
 - e) A los responsables de la atención del paciente
 - f) A las autoridades del hospital
105. ¿La condición de incapacidad del paciente supone?
- g) Sustituir la toma de decisiones
 - h) Trasladar a los familiares la toma de decisiones
 - i) Mantener en el propio paciente
106. ¿En la situación de alta, la información debe favorecer?
- j) La continuidad de los cuidados y tratamientos prescritos al alta
 - k) La continuidad de los tratamientos médicos
 - l) La continuidad de la medicación hospitalaria