

NIVEL DE PERCEPCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL NIVEL I

PERCEIVED LEVEL OF PATIENT SAFETY CULTURE AND ADVERSE EVENT REPORTING BY HOSPITAL WORKERS

Fátima del Carmen Bernal Corrales¹

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el Nivel de Percepción de la cultura de Seguridad del paciente y la notificación de eventos adversos referida por el personal asistencial de un hospital nivel I de la provincia de Ferreñafe, Lambayeque, Perú durante el año 2015. Materiales y Métodos: La población muestral estuvo conformada por 91 profesionales de la salud. El estudio fue de tipo analítico, prospectivo, transversal y el diseño de contrastación de hipótesis utilizado fue el descriptivo relacional. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de la Chi- cuadrado leída al 95% de confiabilidad, en la recolección de datos se empleó el cuestionario denominado "Cuestionario sobre seguridad del paciente en los hospitales" de la Agencia de Salud, Investigación y calidad de Estados Unidos (AHRQ). Resultados: los resultados evidenciaron que el nivel de percepción general de la Cultura de Seguridad manifestado por el personal asistencial fue neutral y negativo (90%), consecuentemente estuvo relacionado con un alto porcentaje de eventos adversos no notificados (74%). ($p < 0.05$), siendo dos dimensiones de la cultura de seguridad del paciente las que se asociaron estadísticamente con la no notificación de eventos adverso: apoyo de la Gerencia para la seguridad del paciente y Frecuencia de incidentes reportados ($p < 0.05$). Conclusiones: Se requiere apoyo y participación de los Directivos para lograr una adecuada Cultura de Seguridad.

Palabras claves: *Cultura de seguridad del paciente, evento adverso, notificación de eventos adversos, seguridad del paciente.*

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the level of perception of patient safety culture and reporting of adverse events referred to by the nursing staff a Level I hospital in the province of Ferreñafe, Lambayeque, Peru during 2015. Materials and Methods: the sample population consisted of 91 health professionals. The study was analytical, prospective, cross-sectional design and hypothesis testing was used relational descriptive. For statistical analysis the test Chi- square read 95% reliability in data collection questionnaire entitled "Questionnaire on patient safety in hospitals" of the Agency for Health Research and Quality was used was used United States (AHRQ). Results: The results showed that the level of general perception of safety culture manifested by the care team was neutral and negative (90%), it was consistently associated with a high percentage of unreported adverse events (74%). ($P < 0.05$), with two dimensions of patient safety culture that were statistically associated with no adverse events reporting: management support for patient safety and frequency of incidents reported ($p < 0.05$). Conclusions: support and participation of Directors is required to achieve adequate safety culture.

Key words: *Patient Safety Culture, adverse event, adverse event reporting, patient safety.*

¹ Magister en Gerencia de los Servicios de Salud, Enfermera Coordinador del Hospital "Agustín Arbulú Neyra" Essalud, Ferreñafe, Perú, fatibeco@gmail.es,  0000-0002-0930-1403,  <https://orcid.org/0000-0002-0930-1403>

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente la Seguridad del paciente es un tema relevante en las instituciones de Salud, muchas investigaciones evidencian que durante la prestación de un servicio de salud existe un riesgo para los usuarios de ser víctima de un evento adverso siendo la probabilidad de 1 en 300⁽¹⁾; asimismo según la OMS⁽²⁾ en los países desarrollados aproximadamente uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia hospitalaria.

Esta problemática data desde épocas antiguas Hipócrates en el Siglo V a.c. refería que lo primero, ante todo, es no hacer daño “*primum non nocere*”⁽³⁾, pero es a partir del año 2000 donde se pone en tela de Juicio la seguridad del paciente en el informe titulado “Errar es humano; construyendo un sistema de Salud más Seguro” del Instituto de Medicina (OIM)⁽⁴⁾ de Estados Unidos señalando que de 44.000 a 98.000 americanos mueren cada año por errores en la asistencia a la salud en los hospitales de Estados Unidos.

Los estudios realizados en diferentes países sobre la incidencia de eventos adversos encontraron que 2,9 a 16,6% de los pacientes hospitalizados fueron víctimas de Eventos adversos, el 50% prevenibles. También se observó que la mayoría causó discapacidad leve, pero un 4,9% a un 13,6% de estos acontecimientos llevo a la muerte del paciente.⁽⁵⁾ Por otro lado la carga económica ocasionada por la atención insegura o también denominados “Costos de la no calidad”⁽⁶⁾ genera gastos médicos y de hospitalización, pérdida de ingresos, y problemas legales que en algunos países cuestan entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año.⁽⁷⁾

Como resultado de esta problemática en octubre de 2004 la OMS lanza la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, con el compromiso de los países miembros de aumentar la seguridad del paciente en la atención de salud y de las buenas prácticas de atención, encaminadas a reducir los eventos adversos durante la atención, evitar el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables.

En lo que respecta al Perú según el estudio IBEAS donde participaron 5 hospitales peruanos: 3 de MINSA y 2 de EsSalud, la prevalencia de eventos adversos fue de 11.6%, siendo el 68.10% de estos eventos adversos prevenibles,⁽⁸⁾ situación que hace necesario promover una cultura de seguridad basada en el aprendizaje mediante el análisis del error.

Sin embargo esta cultura de seguridad basada en el análisis del error se ve afectada por la falta de reporte de los eventos adversos predominando una tendencia al ocultamiento de eventos adversos entre los profesionales de la salud por temor a ser sancionados y a las demandas judiciales de las que pueden ser víctimas si revelan sus errores, un gran porcentaje estos eventos no son reportados voluntariamente como se evidencia en las diferentes investigaciones donde prima la cultura del No reporte^{(9) (10) (11) (12) (13) (14)}, estos muchas veces salen a la luz cuando sus consecuencias han sido graves, hecho que se evidencia día a día en las denuncias por negligencia publicitadas por los medios de comunicación. Esta situación se agrava aún más debido a la falta de un Sistema de reporte e investigación de estos eventos, según los Resultados obtenidos en la Supervisión Nacional a hospitales 2012, reportados en los Informes de la Defensoría del pueblo encontró que solo 10 de 62 hospitales han implementado el sistema de Reporte y análisis de Eventos adversos.

En el Hospital nivel I de la ciudad de Ferreñafe se evidenció un escaso reporte de eventos adversos, por lo tanto, dificulta el análisis, aprendizaje y rediseño de los procesos de mejora continua en lo que a seguridad del paciente corresponde, así mismo a pesar de que existe un sistema informatizado de la institución para el reporte, no existe un responsable del ingreso de los datos estadísticos. Como consecuencia los usuarios de este hospital corren el riesgo que en algún momento durante su atención sufran un evento adverso, que pudiera causarle un daño físico o psicológico; en igual forma puede ser afectado el personal asistencial con sanciones, ya sea por la vía administrativa, civil o penal, con daño a su prestigio profesional, sin considerar los costos que genera las indemnizaciones y la atención de estos eventos.

Esta investigación se justifica porque la cultura de seguridad juega un rol importante en la prevención de eventos adversos, señalada como la primera de las “buenas prácticas” para mejorar la seguridad del paciente⁽¹⁵⁾, el reporte voluntario de eventos adversos requiere la internalización de la cultura de seguridad adecuada y la notificación en sí es un signo de cultura de seguridad.⁽¹⁶⁾, al identificar si el escaso reporte de eventos adversos se debe a una pobre cultura de Seguridad, analizándola desde todas sus dimensiones, permitirá a los directivos identificar las fortalezas y oportunidades de mejora a fin de

plantear las estrategias para establecer una adecuada cultura de Seguridad que conlleve a los trabajadores a reportar los errores, analizar las causas y aplicar las mejoras lo que repercutirá no solo en la seguridad del paciente sino en la calidad de atención y por ende en la satisfacción del paciente, en la reducción de los Costos hospitalarios, en la disminución de las denuncias legales. Esta investigación además servirá de base para futuras investigaciones por no existir investigaciones locales sobre este tema. Por otra parte, a nivel institucional permitirá cumplir con los objetivos estratégicos institucionales plasmados en el Plan Anual de Calidad y seguridad del paciente.

Es en este escenario la Cultura de Seguridad juega un rol fundamental, toda vez que implica un esfuerzo organizacional para implementar experiencias exitosas en Seguridad del paciente y en la notificación de eventos adversos como punto de partida para implementar las mejoras en todos los establecimientos de Salud.

Siendo el objetivo general de la presente investigación determinar si existe relación entre el Nivel de Percepción de la cultura de Seguridad del paciente y la Notificación de Eventos Adversos por el personal asistencial del Hospital nivel I Ferreñafe.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

El tipo de investigación fue cuantitativa de diseño no experimental descriptivo relacional realizada en un Hospital Nivel I de la provincia de Ferreñafe, Lambayeque, Perú, durante el mes de marzo del año 2015. La población estuvo constituida por el personal de salud que realizaban labor asistencial, siendo este el principal criterio de inclusión para participar en la investigación; se excluyó al personal de salud que realizaban labor administrativa. Dado el tamaño de la población se trabajó con todo el personal asistencial obteniéndose una muestra constituida por 91 trabajadores, conocida también como población muestral o censal.

Las variables de estudio fueron la variable independiente: cultura de seguridad del paciente definido como el patrón integrado de comportamiento individual y de la organización, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente reducir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como consecuencia de los procesos de prestación de atención.⁽⁸⁾ y la variable dependiente: notificación de eventos adversos definido como proceso utilizado para documentar las incidencias que no se corresponden con lo que es habitual en el funcionamiento del hospital o la atención a los pacientes⁽¹⁷⁾

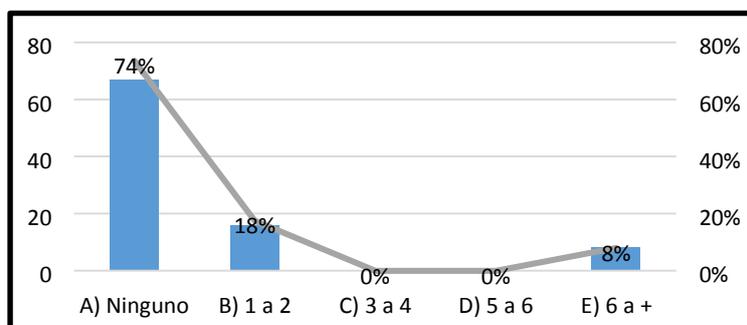
Los métodos empleados fueron el hipotético deductivo y de análisis y síntesis. Posterior a la aprobación se procedió a distribuir el cuestionario sobre Seguridad del Paciente a los trabajadores que accedieran a ser parte de la investigación, los cuales estaban numerados de 1 al 91, el cuestionario fue auto administrado de manera individual. Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento para la recolección de datos se utilizó un cuestionario denominado “Cuestionario sobre seguridad del paciente en los hospitales” de la Agencia de Salud, Investigación y calidad de Estados Unidos (AHRQ). Validado a través de un estudio piloto, obteniéndose en las diferentes dimensiones una fiabilidad o coeficiente alfa de Cronbach entre 0,50 a 0,8971.⁽¹⁸⁾ En el Perú fue validado por Alvarado Gallardo⁽¹⁹⁾ en su estudio sobre “Relación entre Clima Organizacional y Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Salud del Centro Médico Naval”, obteniendo al análisis generalizado de la confiabilidad de la Prueba de Cultura de Seguridad del Paciente un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.66, concluyendo que la prueba de Cultura de Seguridad presentaba confiabilidad. La confiabilidad del instrumento se determinó mediante una encuesta piloto aplicada a 30 trabajadores utilizando el Alfa de Cronbach, obteniéndose un índice de confiabilidad de 0.68, lo cual indica una confiabilidad alta.

El instrumento contiene 42 ítems que miden las 12 áreas o dimensiones de la cultura de seguridad del paciente. Estos 42 ítems relativos a las percepciones dirigida a los trabajadores se miden a través de una escala tipo Likert.

Para el análisis de datos se agruparon las sub dimensiones de las respuestas de la escala tipo Likert: positiva (respuestas Muy de Acuerdo y de acuerdo o siempre y casi siempre), Neutral (Ni de acuerdo ni en desacuerdo; a veces) y Negativa (desacuerdo y muy en desacuerdo; nunca y casi nunca) según la escala. Los datos han sido consolidados en tablas estadísticas unidimensionales y bidimensionales y el análisis de los datos se han realizados a través de cifras porcentuales. Para determinar la relación entre variables se ha aplicado la prueba de la Chi-cuadrado leída al 95% de confiabilidad. Los datos han sido procesados utilizando el software estadístico SPSS versión 22.

3. RESULTADOS

Los principales resultados encontrados se detallan a continuación respecto al reporte de eventos adversos se obtuvo que del total del personal asistencial encuestados (91), el 74% no reporto ningún evento adverso, el 18% reporto de 1 a 2 eventos adversos y un 8% reportaron más de 6 eventos adversos. En resumen, solo un 26% del personal asistencial realizó notificación de eventos adversos.



Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Incidencia de Eventos adversos notificados por el personal asistencial del Hospital Nivel I Ferreñafe 2015

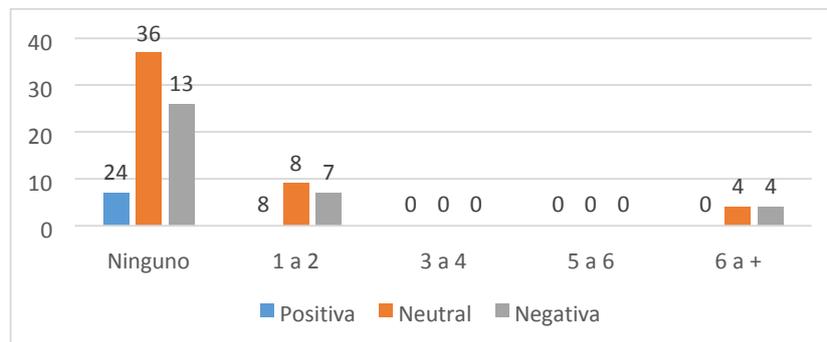
En lo que respecta a las 12 dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en la dimensión trabajo en equipo del total de trabajadores encuestados, el 76% perciben que el trabajo en equipo es positivo, pero de este porcentaje, el 55% no reporto ningún evento. El 15% adoptaron una percepción neutral y de este porcentaje el 12% no reportaron ninguna notificación de eventos adversos. Solamente un 9% perciben el trabajo en equipo negativamente y de este porcentaje, el 7% no notificaron ningún evento adverso en el hospital. No se encontró asociación estadística entre el trabajo en equipo y la notificación de eventos adversos ($p > 0.05$).

En la dimensión Acciones de la dirección para promover la seguridad del paciente de los 91 trabajadores encuestados, un 49% percibe que la dirección del hospital es neutral en lo que respecta a tomar acciones para promover la seguridad del paciente y de este porcentaje el 36% de los trabajadores no realizaron ninguna notificación. El 34% de los trabajadores manifestaron que la dirección del hospital realiza acciones positivas para promover la seguridad del paciente y de este porcentaje, el 24% no realizaron ninguna notificación de eventos adversos. El 16% de los trabajadores indicaron que la dirección del hospital adopta una posición negativa para promover la seguridad del paciente y de este porcentaje el 13% no realizaron ninguna notificación. No se encontró asociación estadística entre las acciones realizadas por la dirección del hospital y la notificación de eventos adversos ($p > 0.05$).

En la dimensión aprendizaje organizativo y la mejora continua, el 47% de los trabajadores tienen una actitud positiva, pero, de este porcentaje el 37% de los trabajadores no reportaron ningún evento adverso en el hospital. El 31% tienen una actitud neutral ante el aprendizaje organizativo y mejora continua y de este porcentaje el 22% de los trabajadores no reportaron ningún evento adverso. El 22% de los trabajadores tienen una actitud negativa ante el aprendizaje organizativo y la mejora continua y de este porcentaje el 14% no reportaron ningún evento adverso en el hospital. No se encontró asociación estadística entre el aprendizaje organizativo y la mejora continua con la notificación de eventos adversos ($p > 0.05$).

Con respecto a la dimensión apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente el 55% de los trabajadores opinan que la gerencia adopta una posición neutral en lo referente a seguridad del paciente y de este porcentaje, el 41% no reportaron ningún evento adverso en el hospital. El 37% de los trabajadores opinaron que la gerencia adopta una actitud negativa para la seguridad del paciente y de este porcentaje el 25% no realizaron ninguna notificación de eventos adversos en el hospital. Solamente un 8% de los trabajadores opinaron que la gerencia del hospital si brinda apoyo para la seguridad del

paciente. Se encontró asociación estadística entre la falta de apoyo de la gerencia y la notificación de eventos adversos ($p < 0.05$).



Fuente: Elaboración propia

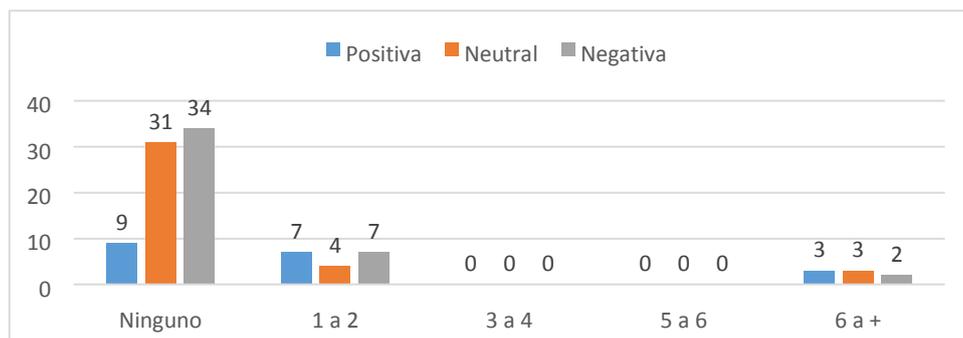
Figura 2. Percepción del apoyo de la Gerencia para la seguridad del Paciente según notificación de eventos adversos por el personal asistencial del hospital nivel I Ferreñafe 2015

En lo concerniente a la dimensión percepción de la seguridad del paciente, el 53% de los trabajadores tienen una percepción positiva, sin embargo, el 35% no realiza reportes de notificación de eventos adversos, El 38% de los trabajadores tienen una opinión neutral y de este porcentaje el 33% no realizaron ningún informe de eventos adversos. El 9% de los trabajadores tienen una percepción negativa de la seguridad del paciente y el 5% no reportaron eventos adversos No se encontró asociación estadística entre la percepción de la seguridad del paciente con la notificación de eventos adversos ($p > 0.05$).

Con respecto al feedback- comunicación e información sobre los errores, iguales porcentajes de los trabajadores (42%), manifestaron una percepción neutral y negativa y de este porcentaje, el 36% y el 26%, respectivamente, no realizaron ninguna notificación de eventos adversos. Solamente un 16% de los trabajadores tienen una percepción positiva sobre la información de los errores, pero de este porcentaje el 11% no realizaron ninguna notificación de eventos adversos. No se encontró asociación estadística entre el feedback- comunicación e información sobre los errores con la notificación de eventos adversos ($p > 0.05$).

Sobre la franqueza en la comunicación, el 65% de los trabajadores tienen una percepción negativa y de este porcentaje el 52% no reportan ninguna notificación de eventos adversos. El 33% muestran una percepción neutral ante la franqueza de la comunicación y de este porcentaje, el 21% no reportan ninguna notificación de eventos adversos. Solamente un 2% tienen una actitud positiva ante la franqueza de la comunicación, y de este porcentaje, el 1% no reportaron ningún de eventos adversos No existe asociación estadística entre la franqueza de la comunicación con la notificación de eventos adversos ($p > 0.05$).

La mayoría de los trabajadores (43%) mostraron una percepción negativa ante los incidentes reportados y consecuentemente el 34% no hicieron ninguna notificación de eventos adversos. El 38% de los trabajadores adoptan una percepción neutral ante el reporte de incidentes y de este porcentaje, el 31% no reportaron ningún evento adverso. Solamente un 19% de los trabajadores mostraron una percepción positiva ante los incidentes reportados en el hospital, y de este porcentaje el 9% no reportaron ningún evento adverso. Se encontró asociación estadística entre una actitud neutral-negativa de la frecuencia de incidentes reportados con la notificación de eventos adversos ($p < 0.05$).



Fuente: Elaboración propia

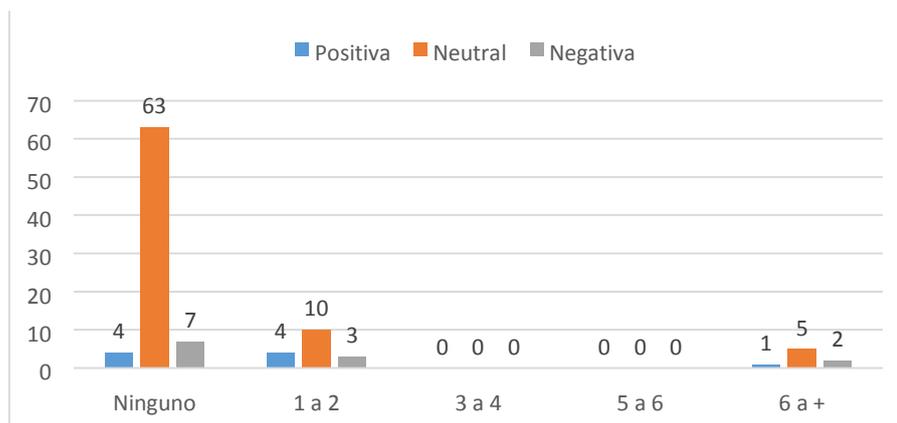
Figura 3. Percepción de la Frecuencia de incidentes reportados según notificación de eventos adversos por el personal asistencial del hospital Nivel I Ferreñafe 2015.

Con respecto al trabajo en equipo entre las unidades de servicio, la mayoría de trabajadores (49%) muestran una percepción positiva, pero de este porcentaje el 36% no realizaron ninguna notificación de eventos adversos. El 43% de los trabajadores adoptan una percepción neutral con respecto al trabajo en equipo y de este porcentaje el 34% no informaron ningún evento adverso. Solamente un 8% tienen una percepción negativa ante el trabajo en equipo entre las unidades de servicio y de este porcentaje un 3% no reportó ningún evento adverso. No se encontró asociación estadística entre el trabajo en equipo entre las unidades de servicio con la notificación de eventos adversos ($P > 0.05$).

En la dimensión dotación de personal, el 51% adoptan una percepción neutral y de este porcentaje el 38% no realizaron ninguna notificación de eventos adversos. El 27% mostraron una percepción negativa ante la dotación de personal y de este porcentaje el 20% no realizaron ningún reporte de notificación de eventos adversos. Un 22% manifestaron una percepción positiva ante la dotación de personal, aunque de este porcentaje el 15% no informaron ningún evento adverso. No se encontró asociación estadística entre la dotación de personal con la notificación de eventos adversos ($p > 0.05$).

Referente a dimensión transferencia y transición entre servicios, el 38% de los trabajadores perciben esta dimensión en forma neutral y de este porcentaje el 33% no realiza reportes de notificaciones de eventos adversos. El 34% de los trabajadores percibe negativamente esta dimensión y de este porcentaje el 25% no realiza notificaciones de eventos adversos. Solo un 27% de los trabajadores percibe positivamente la transferencia y transición entre los servicios, sin embargo, un 15% no realizan notificaciones de eventos adversos. No se encontró asociación estadística entre la transferencia de información de los pacientes entre servicios con la notificación de eventos adversos ($p > 0.05$). En relación a la dimensión respuesta punitiva a los errores, el 38% de los trabajadores la percibe de manera negativa y consecuentemente el 32% no realizan notificaciones de eventos adversos. El 35% la percibe de forma neutral y de este porcentaje el 25% no realizan notificaciones de eventos adversos. Un 26% la percibe de forma negativa, sin embargo, de este porcentaje un 16% no realizan ninguna notificación de eventos adversos. No se encontró asociación estadística entre respuesta no punitiva a errores con la notificación de eventos adversos ($p > 0.05$).

En resumen, en el nivel de percepción general de la cultura de seguridad del paciente se puede observar que el 78% de los trabajadores tienen una percepción neutral sobre la cultura de seguridad del paciente, es decir ni en favor ni en contra y consecuentemente el 63% no realizan ninguna notificación de eventos adversos. El 12% tienen una percepción negativa sobre la cultura de seguridad del paciente y de este porcentaje un 7% no realizan ninguna notificación de eventos adversos. Un 10% tienen una percepción positiva sobre la cultura de seguridad del paciente, sin embargo, un 4% no realizan ninguna notificación de eventos adversos. La gran mayoría de los trabajadores (90%) que tienen una percepción neutral y negativa sobre la cultura de seguridad del paciente y esta guarda relación con un alto porcentaje (74%) de trabajadores que no realizan ninguna notificación de eventos adversos ($p < 0.05$).



Fuente: Elaboración propia

Figura 4. Nivel de Percepción general de la Cultura de Seguridad del paciente según notificación de eventos adversos por el personal asistencial del hospital I Ferreñafe 2015.

4. DISCUSIÓN

En la actualidad existe una tendencia al ocultamiento de eventos adversos entre los profesionales de la salud. Al respecto Wu ⁽²⁰⁾ refiere que existe una tendencia a ocultar los errores por parte de los profesionales de la salud no solo por temor de las demandas judiciales sino porque “se requiere de cierta madurez para admitir, aún en la intimidad, los errores propios y más para sacar provecho de ellos. La revelación de los errores, por otro lado, puede aumentar las demandas y reclamaciones las que no siempre son de buena fe”.

Esta realidad se evidencia también en los resultados hallados en la investigación un 74 % de los encuestados no reporto ningún evento adverso durante los últimos 12 meses, resultados que coinciden con los encontrados por Liu, C. y Otros ⁽⁹⁾ en China, donde a pesar que los encuestados percibieron altos niveles de atención insegura el 67,4% de los encuestados no reportó ningún evento adverso. Asimismo, Hadam, M y Saleem, A. ⁽¹⁰⁾ en Palestina encontraron que el 53,2% de los encuestados no reportaron ningún evento adverso, situación similar describe Fernández, M. A. y Otros. ⁽¹¹⁾ en España, siendo la comunicación de errores deficiente, el 90,2% de los profesionales no notificó ningún evento adverso y Alahmadi ⁽²¹⁾ en Arabia Saudita encontró como potencial de mejora el sub registro de eventos, solo el 43% informó que no hubo eventos en los últimos 12 meses. Ibarra, Santacruz, & Olvera ⁽¹²⁾ en México, obtuvieron como resultado que el 58.1% del personal encuestado refirió nunca haber notificado o reportado incidentes. Asimismo, Aguilar ⁽¹³⁾ en Perú, reporto que 52,6 % ciento no ha notificado ningún incidente relacionado con la seguridad del paciente en el último año.

Pero para el reporte de errores voluntario se requiere de la internalización de la cultura de seguridad al respecto García, y otros. ⁽¹⁶⁾ refieren que “una adecuada cultura de seguridad es un requisito para el éxito de los Sistemas de Notificación; por su parte, el funcionamiento de un Sistema de Notificación contribuye a elevar la cultura de seguridad del establecimiento en que funciona y la notificación en sí es un signo de cultura de seguridad.”. Siendo necesario analizar los factores que se asocian al no reporte, así tenemos en el análisis de las 12 dimensiones de la cultura de seguridad se encontró asociación estadística en dos dimensiones: apoyo de la Gerencia para la seguridad del paciente y Frecuencia de incidentes reportados con la no notificación de eventos adversos ($p < 0.05$). En cuanto al apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente se refiere a las acciones de los jefes para favorecer un clima de trabajo que promueve la Seguridad del Paciente y resalta que esta es una prioridad, esto se asocia a la Cultura de equidad, flexible y de aprendizaje mencionada por Reason ⁽²²⁾ donde el personal reportara los eventos solo si cree que la autoridad no castigara a la persona sino que analizara el evento basado en la información proporcionada por el trabajador e implementara los cambios necesarios, situación que no se percibe en el hospital Nivel I generando el no reporte de eventos siendo necesario que los jefes adopten una actitud no punitiva frente al error.

En la dimensión frecuencia de reporte de incidentes se detalla el tipo de eventos que deben notificarse: errores detectados y corregidos antes de afectar al paciente, errores sin daño potencial para el paciente y errores que podían haber provocado daño al paciente, pero no lo hicieron. Al respecto los trabajadores perciben que solo deben reportar los detectados y corregidos antes de afectar al paciente, pero como la mayoría no son detectados existe una tendencia al ocultamiento de errores. Afectándose el otro componente de la cultura de seguridad mencionado por Reason ⁽²²⁾: la cultura de notificación, una organización segura depende de la voluntad de los trabajadores de primera línea para denunciar sus errores y cuasi accidentes.

Estos resultados coinciden también con los encontrados por Liu, C. y Otros. ⁽⁹⁾ quienes concluyeron que los gerentes han sido lentos en reconocer la importancia de construir una cultura positiva de seguridad del paciente y una percepción de «sanción» era el mayor obstáculo para el fomento de los informes de errores; Hadam, M y Saleem, A. ⁽¹⁰⁾ encontraron en el análisis por dimensiones a la frecuencia de los eventos reportados con una de las puntuaciones más bajas (35%), la mismas que debe ser mejorada desarrollando un sistema eficaz de información y reporte de eventos adversos, el establecimiento de una cultura no punitiva, la asignación de más personal y horas de trabajo adecuadas y garantizar apoyo a la gestión del hospital para la seguridad del paciente. Fernández, M. A. y Otros. ⁽¹¹⁾ refirieron como principal área de mejora a la comunicación abierta sobre los errores, donde los profesionales sientan que al comunicar sus errores no serán juzgados o sancionados, sino que esto servirá para mejorar los servicios. En el estudio de Alahmadi ⁽²¹⁾ más de la mitad de los encuestados pensaban que los directivos pasan por alto los problemas de seguridad que ocurren una y otra vez. Concluyeron que el liderazgo es un elemento fundamental para la eficacia de las iniciativas de seguridad del paciente. El rol del gestor como líder de una organización es parte importante al momento de implementar una cultura de seguridad positiva y sistemas de notificación de eventos adversos, el estilo de liderazgo determinara la forma como una organización lograra los objetivos propuestos en cuanto a seguridad del paciente, si el líder ve un evento adverso como una oportunidad de aprendizaje para todos los integrantes de su organización.

Asimismo, Aguilar ⁽¹³⁾ en la investigación realizada en nuestro país encontró que en la dimensión Expectativas/acciones de la dirección/supervisión un 50.5% refirió que la dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.

En cuanto al nivel de percepción general de la Cultura de Seguridad evidenciado por el personal asistencial del hospital nivel I Ferreñafe durante el año 2015 es bajo (neutral y negativo) (90%), coincide con la mayoría de estudios como el de Liu, C. y Otros ⁽⁹⁾ donde los encuestados percibieron altos niveles de atención insegura, Hadam, M y Saleem, A. ⁽¹⁰⁾ revelaron que en los hospitales públicos palestinos el personal percibe de manera negativa la cultura de seguridad del paciente dentro de su organización. Contrario a lo encontrado por Fernández, M. A. y Otros. ⁽¹¹⁾ quienes concluyeron que la percepción global de seguridad del paciente en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada, España, es buena, aunque la comunicación sobre errores es deficiente y por Alahmadi ⁽²¹⁾ en Palestina donde la Seguridad del Paciente fue calificada como excelente o muy buena en un 60% de los encuestados, Los resultados estadísticos nos indican que el nivel de percepción general de la Cultura de Seguridad evidenciado por el personal asistencial del hospital nivel I Ferreñafe durante el año 2015 consecuentemente está relacionado con un alto porcentaje de eventos adversos no notificados (74%). (p<0.05).

5. CONCLUSIONES

La incidencia de eventos adversos notificados por el personal asistencial del hospital nivel I Ferreñafe durante el año 2015 fue del 26%.

Solamente se encontró asociación estadística en dos dimensiones de la cultura de seguridad: apoyo de la Gerencia para la seguridad del paciente y Frecuencia de incidentes reportados con la no notificación de eventos adversos (p <0.05).

El nivel de percepción general de la Cultura de Seguridad evidenciado por el personal asistencial del hospital nivel I Ferreñafe durante el año 2015 es bajo (neutral y negativo) (90%) y consecuentemente está relacionado con un alto porcentaje de eventos adversos no notificados (74%). (p<0.05).

6. REFERENCIAS

1. OMS. Marco conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente, version1.1. OMS. [Online].; 2009. Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf.
2. OMS. 10 datos sobre la seguridad del paciente. [Online].; 2014. Available from: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Ffeatures%2Ffactfiles%2Fpatient_safety%2.
3. OPS. Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. [Online].; 2013. Available from: OPS. (2013). Sistemas de notificación de incidentes en América Latina. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=20891&Itemid=721.
4. Instituto de Medicina. Error es humano: Construyendo un sistema seguro de salud. Washington D.C.: National Academy Press. [Online].; 2000. Available from: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728.
5. Nunes FD. Segurança do paciente: Como a enfermagem vem contribuindo para a questão?/Patient safety: How nursing is contributing to the issue?/¿Seguridad del paciente: Cómo la enfermería viene contribuyendo a la cuestión? Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundament Online, 2014; 6(2), 841-846.
6. Fernández J, García C, Hernández Y, Lopera E, Luna R,&V,J. Cultura de Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Sistema Andaluz de Salud. CONAMED, 18(4), 148-1. [Online].; 2013. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6d2b9c2134ce-429c-9481-8db8b51596c6%40sessionmgr114&vid=76&hid=116>.
7. OMS Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. La investigación en seguridad del paciente : Mayor conocimiento para una atención más segura. Francia; 2008.
8. Essalud. Plan anual de gestión de la calidad y seguridad del paciente del seguro social de salud 2013- 2014. Lima; 2013.
9. Liu Cea. Cultura de Seguridad del Paciente en China: un estudio de caso ambulatorio en Beijing. BMJ Calidad y Seguridad, 23(7), 556 -564. [Online].; 2014. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4079961/>.
10. Hadam M. Evaluación de la Cultura de Seguridad del paciente en los hospitales públicos palestinos. Int J Qual Health Care. 252167175101093rd ed.; 2013.
11. Fernández MA, Skodová M, Velasco MJ. Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital del primer nivel de Atención. Calidad Asistencial, 23(1), 33-38. [Online].; 2011. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90000801&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=81&accion=L&origen=zonadelectura&web=zl.elsevier.es&lan=es&fichero=256v26n01a90000801pdf001.pdf.
12. Ibarra M, Santacruz J, & Olvera V. Análisis de la Cultura de Seguridad del paciente en el Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca. CONAMED, 16, 65-73. [Online].; 2011. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=109&sid=6d2b9c21-34ce429c-9481-8db8b51596c6%40sessionmgr114&hid=116&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZTllaG9zdC1saXZl#db=lth&AN=67403516>.
13. Aguilar C. edición de la cultura de seguridad del paciente en el Hospital Nacional San Bartolomé. Tesis para obtener el grado de especialista, Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Lima. [Online].; 2013. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=713958&indexSearch=ID>.
14. Arenas W, GJ,GO,GL,ME,&SA. Cultura De Seguridad Del Paciente Por Personal De Enfermería En Bogotá, Colombia. Ciencia y Enfermería, 17(03), 97-111. [Online].; 2011. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

- [95532011000300009&lng=es&tlng=es. 10.4067/S0717-95532011000300009.](https://doi.org/10.4067/S0717-95532011000300009)
15. El Foro Nacional de la Calidad. Prácticas Seguras para una mejor Salud. Un informe de consenso. Washington. Washington; 2003.
 16. Cho Mea. Elementos clave en la implantación de sistemas de notificación de eventos adversos hospitalarios en América Latina. *Panam Salud Publica.*, 33(1), 1-7. [Online]. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v33n1/a01v33n1.pdf>.
 17. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Lexikon: Dictionary of Health Care Terms, Organizations, and Acronyms.*: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations editores; 1998.
 18. Arenas W, Gómez O, González Vega L, Garzón J, Mateus E, Soto A. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. *Ciencia y Enfermería.* 2011; 17(03): p. 97-111.
 19. Alvarado C. Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval". Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Marcos. UNMds, editor. Lima; 2014.
 20. Lifshitz A. Los Errores Médicos. En O. Rivero, & R. Paredes, *Ética en el ejercicio de la Medicina.* [Online].; 2006. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=A9bCw12SvWMC&pg=PA154&lpg=PA154&dq=epidemiologia+de+los+errores+medicos&source=bl&ots=99091Nb9Dd&sig=Vxli44>.
 21. Alahmadi H. Evaluación de la Cultura de Seguridad del paciente en los hospitales de Arabia Saudita. *Qual Saf Health Care*, 5(19). doi:10.1136 Arabia Saudita; 2010.
 22. Jones K. Encuesta AHRQ sobre Cultura de Seguridad del Paciente: una herramienta para planificar y evaluar los Programas de Seguridad del Paciente. (B. J. Henriksen K, Ed.) *Los avances en la Seguridad del Paciente: Cultura y Rediseño. Nuevas orientaciones y enfoqu.* [Online].; 2008. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43699/>.

CORRESPONDENCIA.

Fátima del Carmen Bernal Corrales
Correo electrónico: fatibeco@gmail.es

Fecha de recepción: 24-02-2020
Fecha de aceptación: 20-04-2020