



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

**Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran
en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin
De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTOR:

Rubén Tasayco Quintana (orcid.org/0000-0002-3535-0735)

ASESOR:

Dr. Vértiz Osores, Jacinto Joaquín (orcid.org/0000-0003-2774-1207)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los servicios de la salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A los licenciados (a) en enfermería por el esfuerzo que demuestran diariamente en mitigar los daños que afectan la salud del paciente.

AGRADECIMIENTO

A mis hijos Benjamín, Daniela, mi esposa Milagros, padres Lucy e Ildefonso y a mi hermano Aldo, por acompañarme en este largo camino a los pacientes, que son la razón de ser de la profesión de enfermería.

A la Dra. Ivette Párraga, por su experiencia e información compartida sobre la Seguridad del Paciente al Dr. Jorge Cordero por su tiempo y orientación en la Calidad y Seguridad del Paciente. A las Licenciadas en Enfermería por su entrega y compromiso.

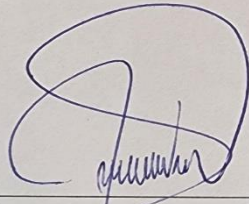
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR

Yo, Dr. Vértiz Osores, Jacinto Joaquín, docente de la Facultad Escuela de Posgrado y Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, sede Lima Norte, asesor de la tesis titulada: “Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018”, del autor Rubén Tasayco Quintana constato que la investigación tiene un índice de similitud de 15% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluye que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender al proyecto de investigación cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Cesar Vallejo.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento y omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad Cesar Vallejo.

Lima, 27 de diciembre 2023

Dr. Vértiz Osores, Jacinto Joaquín	
DNI: 16735482	 Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores DNI: 16735482
ORCID (orcid.org/0000-0003-2774-1207)	

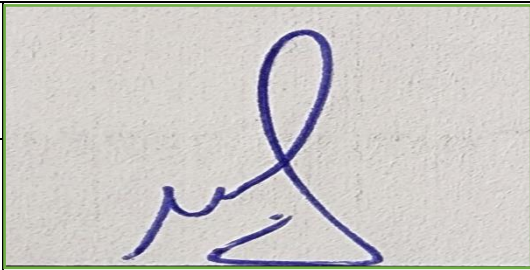
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR

Yo Rubén Tasayco Quintana, egresado de la Escuela de Posgrado Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo (Sede Lima Norte), declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la tesis titulada: “Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018”, es de mi autoría, por lo tanto, declaro la tesis:

1. No ha sido plagiado ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otros fuentes.
3. No ha sido publicado ni presentado anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad Cesar Vallejo.

Lima, 27 de diciembre 2023

Rubén Tasayco Quintana	
DNI: 40472018	
ORCID (orcid.org/0000-0002-3535-0735)	

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	iv
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	16
3.1. Tipo y diseño de investigación	16
3.2. Variables y operacionalización	16
3.3. Población, muestra y muestreo	17
3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos	17
3.5. Procedimiento	18
3.6. Métodos de análisis de datos	19
3.7. Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	23
VI. CONCLUSIONES	28
VII. RECOMENDACIONES	30
REFERENCIAS	31
ANEXOS	36

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Distribución Cultura de seguridad del paciente	20
Tabla 2 Distribución de la dimensión resultados de la cultura de seguridad	20
Tabla 3 Distribución de la dimensión comunicación en las enfermeras	21
Tabla 4 Distribución de la dimensión de la gestión y dirección	21
Tabla 5 Distribución de la dimensión supervisión	21
Tabla 6 Distribución de la dimensión de trabajo en equipo	22

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 Frecuencia Cultura de seguridad del paciente, En enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.	57
Figura 2 Frecuencia Resultados de la cultura de seguridad en enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.	57
Figura 3 Frecuencia Comunicación en la enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.	58
Figura 4 Frecuencia Gestión y Dirección en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.	58
Figura 5 Frecuencia Supervisión en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.	59
Figura 6 Frecuencia Trabajo en equipo en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.	59

RESUMEN

En la presente investigación el objetivo fue determinar la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María Del Triunfo, junio 2018. Metodología fue de tipo básica, el diseño no experimental de corte transversal, enfoque cuantitativo, nivel descriptivo comparativo. Se aplicó a una muestra de 45 enfermeras se realizó mediante encuesta, un instrumento denominado. Los resultados fueron que la cultura de seguridad del paciente, cultura fuerte 82.7% y cultura débil 17.3%. Cultura de seguridad, cultura fuerte 78.67% y cultura débil 21.33%. Comunicación, cultura fuerte 60% y cultura débil 40%. Gestión y dirección, cultura fuerte 90.7% y cultura débil 9.3%. Supervisión, cultura fuerte 84% y cultura débil 16%. Trabajo en equipo, cultura fuerte 76% y cultura débil 24%. Conclusiones: Las 5 dimensiones demuestran una cultura fuerte con respuestas positivas.

Palabras Clave: cultura de seguridad del paciente, enfermeras, centro quirúrgico.

ABSTRACT

Patient safety culture is a key concept in health professionals, its identification is essential for the improvement of the quality of health care, taking into account the culture of the organizations, promoting the awareness of the professionals and their participation in the various processes that ensure patient safety. The present investigation proposes as Objective: To determine the Safety Culture of the patient in nurses who work in the Service of Surgical Center of the Guillermo Kaelin De La Fuente Hospital in Villa María del Triunfo, June 2018. Methodology: application, quantitative type, descriptive method. In 75 nurses was applied through a survey, an instrument called "Patient Safety Survey" validated in 2010 by the Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS). Results: Patient safety culture, strong culture 82.7% and weak culture 17.3%. Safety culture, strong culture 78.67% and weak culture 21.33%. Communication, 60% strong culture and 40% weak culture. Management and direction, strong culture 90.7% and weak culture 9.3%. Supervision, 84% strong culture and 16% weak culture. Teamwork, strong culture 76% and weak culture 24%. Conclusions: The variable and its five dimensions demonstrate a strong culture with positive responses

Key words: culture of patient safety, nurses, surgical

I. INTRODUCCIÓN

El continente americano sigue presentando una cadena de problemas que merman la importancia del cuidado quirúrgico y la seguridad o estabilidad del paciente o usuario porque es una situación desarrollada conscientemente por pocos países de la región y cabe señalar el uso de la frase “tema poco discutido” dado que a principios de la década del 90 de acuerdo a la entidad reguladora de salud mundial dos estudiosos norteamericanos, registraron en un diario inglés, conclusiones analíticas de treinta mil registros clínicos. Encontrando existente una porción fundamental de heridas a usuarios por el servicio médico siendo estas heridas producto de atención subestándar, concluyendo que “la disminución de los sucesos requería detectar razones e implementar procedimientos para evitar errores” (Guevara, 2018).

Desde este análisis la estabilidad del usuario fue adquiriendo un rol más importante con respecto a la indagación y entendimiento. No obstante, se extiende una vez expuesto el libro “Errar es humano” en 1999, donde mencionan las observaciones de cuarenta y cuatro mil a noventa y ocho mil muertos anuales productos de negligencias, un indicador mayor que otras patologías como neoplasia maligna de seno o el VIH – SIDA. Esta situación conduce a que la estabilidad del usuario antes, durante y después del acto quirúrgico, no logre afianzarse dentro de una comunicad profesional, ni genera una contribución al desarrollo de la cultura (Fuente del campo y Ríos, 2018).

En estos casos, las enfermeras intervienen directamente en garantizar la cultura de seguridad de los pacientes a su cargo mediante guías o protocolos ya establecidos en la institución. A ello se le agrega valores como personalidad, conocimiento y experiencia que pueden desarrollar capacidades que permita ser un modelo para seguir en el ámbito donde realiza sus actividades. Es así, que se señaló el rol importante que cumple la profesional de enfermería en base a una formación humanística que tiene como eje principal y razón de ser el paciente (De Arco y Suarez, 2018).

Al transcurrir el tiempo en el Foro de Salud del 2004, la entidad que rige mediante normas el ámbito mundial de salud, pactó una estrategia en común con la finalidad de conseguir el equilibrio de la persona enferma. Iniciando el 27 de octubre del 2004 el plan de la Estrategia que comprende una serie de actividades

permitió disminuir la cantidad de patologías y fallecimientos de usuarios producto de una atención médica recibida. La finalidad fue aceptar el equilibrio del paciente como eje prioritario en la agenda mundial. El plan de inicio se dio mediante un procedimiento quirúrgico que garantice una cirugía segura y fue “La cirugía segura salva vidas” donde se establecieron 10 objetivos primordiales para la igualdad de la cirugía. Cinco conformadas por estadísticas relevantes para cuantificar lo logrado y una lista de chequeo que se completará en cada acto quirúrgico. En este punto, todos los países integrantes se comprometieron a defender los resultados de mejorar la atención médica y no médica (Gavin, et al. 2017).

De esta forma, en el Perú, en su papel de integrante a través del Ministerio de Salud (MINSA), elaboró herramientas que permitieron validar la estabilidad del usuario durante el momento en que recibe una atención médica o no médica, desde que ingresa a la institución hospitalaria y es desde aquí que se inicia en noviembre del 2004 una RM N°143-2006/ Ministerio de Salud y en el año 2011 se emitió la RM N° 308-2010/ Ministerio de Salud aprobando la “Lista de chequeo”, cuyo fin es laborar en el sector público y privado con indicadores validados en el ámbito mundial.

A nivel local, en el hospital estatal que es la parte de análisis, opina que la totalidad del personal recientemente contratado todavía apalea restricciones en su comprensión y superioridad de las nociones primordiales de la sapiencia de seguridad. Además, el conocimiento de las formalidades de bioseguridad es bueno, pero falta la logística para proveer la cantidad necesaria de EPP. Si tales dificultades continúan, concurre un riesgo real de que la salud de todas las vidas se perciba afectada. Por lo tanto, este plan facilitará evidencia efectiva de la relación entre las variables incluidas.

Por lo mencionado se formula el problema general: ¿Cuál es el nivel de la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018? En tal sentido, se mencionó los problemas específicos: (a) ¿Cuál es el nivel de los resultados de la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018?, (b) ¿Cuál es el nivel de trabajo en equipo del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de

Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018?, (c) ¿Cuál es el nivel de la comunicación del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018?, (d) ¿Cuál es el nivel de la dirección y gestión del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018? y (e) ¿Cuál es el nivel de la supervisión del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018?

Asimismo, para la presente investigación se consideró la justificación teórica. Según refiere el autor la cultura de estabilidad del paciente se conforma en preferencia del tipo de cuidado que se ofrece por medio de herramientas que permitan prevenir perjuicios al paciente con actividades que garantice una atención y/o práctica segura. Asimismo, se estableció la justificación social, debido al enfoque de estabilidad del usuario en las instituciones prestadoras de salud fue determinante, ya que ha incrementado la verdad problemática por la creciente inquietud de carácter mundial. Mientras que la justificación práctica se basa con la averiguación dejará tomar elecciones y permite llevar a cabo tácticas que permitan fomentar una estabilidad con principios, integrando una participación más activa de los colaboradores. Del mismo modo se demostró que a más grande cuidado de enfermería existirá más grande estabilidad para el paciente, resaltando el cumplimiento de los procesos. Los resultados de esta averiguación sustentan el valor de la estabilidad del paciente y que el profesional de enfermería está involucrado para asegurar un cuidado de calidad.

Igualmente, se detalló el objetivo general: Determinar el nivel de la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018. Igualmente se establecieron los objetivos específicos: (a) Establecer el nivel de los resultados de la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018, (b) Establecer el nivel de trabajo en equipo del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo,

junio 2018, (c) Establecer el nivel de la comunicación del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018, (d) Establecer el nivel de la dirección y gestión del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018 y (e) Establecer el nivel de la supervisión del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.

II. MARCO TEÓRICO

Por otro lado, dentro de los antecedentes nacionales se sostiene a Peralta et al. (2018) en su trabajo se estableció la cultura de seguridad del padecido a partir del discernimiento del trabajador de enfermería en un servicio de centro quirúrgico. Materiales y métodos: Se fijó un estudio cuantitativo, no experimental y descriptivo de tipo transversal. La investigación se efectuó con la intervención de 15 tituladas en enfermería y 12 técnicos de enfermería que trabajan en el Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, Perú. Los resultados fueron que la superior peculiaridad en las enfermeras era el empalme con el sufrido (92 %). Concluyó que la trascendental cualidad estimada en las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico es su ostentación cercano hacia el paciente, con una proporción del 92,6%. En cuanto a los indicadores de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, recalca el aprendizaje organizacional efectivo, con un 63%.

Alvaro et al. (2018) en su estudio se determinó la Cultura de Seguridad del Paciente en las Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz y la Clínica Santa Isabel Lima-2018. El estudio fue de ejemplar cuantitativo, descriptivo y transversal; la muestra estuvo compuesta por un conjunto de 41 enfermeras. Resultados: en ambos establecimientos se percibe una cultura de seguridad del paciente conveniente. En las enfermeras del centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel, la proporción de contestaciones efectivas adquiere el 84.4%, mientras que en las enfermeras del centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, esta proporción es del 59.4%. La Clínica Santa Isabel enfatiza por tener un número superior de dimensiones apreciadas como fortificaciones, mientras que el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz posee una cifra superior de dimensiones que encarnan congruencias de progreso. Se obtuvo la conclusión de que las enfermeras del centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel invisten una sólida cultura de seguridad del sufrido.

Rodríguez y Carvajal (2018) en su estudio se identificó las preeminencias y desventajas de la cultura de seguridad del resignado en enfermeras de asistencia primaria y su conexión con las particularidades sociodemográficas. Se perpetró un estudio de evaluación con la cooperación de 41 enfermeros que afanan en el nivel de asistencia primaria. Se manejaron pruebas de homogeneidad de chi-cuadrado para comparar las variables cualitativas, y se manipularon ensayos de Kruskal-

Wallis para justipreciar las variables cuantitativas. Los resultados fueron que la calificación general de la cultura de seguridad del sufrido se asentó en el 51,21%. Las áreas que cogieron las excelentes calificaciones incluyen las evaluaciones ordinarias concernientes con la calidad y la comunicación con otros servicios del cuidado médico. Se observaron disconformidades considerables entre la percepción efectiva de la cultura de calidad y constituyentes como la edad, nivel educativo, tiempo en el empleo y las tiempos laborales semanales.

Martínez (2016) en su estudio se determinó el nivel de la cultura de seguridad del paciente, en enfermeras que trabajan en el Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo.2015. En relación a los resultados de ese plan, se ostenta que las contestaciones favorables circunscriben "No castigo por errores" con un 68.9%, "Enfoque en el aprendizaje organizacional para el ascenso constante" con un 55.6%, y "Colaboración en el equipo de atención" con un 53,3%. También, el "Compromiso del supervisor o líder en la promoción de la seguridad del paciente" adquiere el 51,1%. Concluyó que los compendios que representan áreas críticas que deben abordarse con antelación contienen el "Nivel de apertura en la comunicación", la "Difusión de información a los honorarios acerca de los errores en la unidad", la "Apropiada disponibilidad y acción del personal" y los "Desafíos en las transferencias de pacientes o cambios de turno".

Campos et al. (2015) inquirieron sobre la eficacia de la asistencia de enfermería en la seguridad integral del resignado quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echegaray, en Trujillo. El propósito primordial fue detectar el cuidado del enfermero en la atención brindada al paciente en la fase perioperatoria. Se eligieron a 30 enfermeras, usando un plan cuantitativo, no empírico, detallado, y empleando la técnica de observación, con una ficha de observación. Al final, se determinó que en la fase prequirúrgica el grado de atención brindada por enfermería es eficaz en 37 %, en la fase intraoperatoria el grado de asistencia brindada por enfermería es eficaz en 63 %; en la fase posoperatoria el grado de asistencia brindada por enfermería es eficaz en 70 %. Por lo tanto, la evaluación promedio del grado de asistencia brindada por enfermería es eficaz en la fase perioperatoria en un 57 %.

Ore (2015) ensayó acerca de la seguridad en la asistencia del paciente quirúrgico. El autor refiere que su trabajo consistió en identificar la argumentación sobre qué acción realizar respecto a la correcta atención al usuario desde el planteamiento de las licenciadas en enfermería en áreas de reanimación posquirúrgicas en un establecimiento de IV Nivel en Lima Metropolitana. La metodología empleada fue la descriptiva, cualitativa, y para la muestra tuvo a 10 enfermeras que rotaban en el área de cuidados posoperatorios inmediatos y mediatos del paciente o usuario adulto. La recopilación de toda la información se hizo mediante entrevista con preguntas abiertas en base a los cuidados de carácter seguro. Los resultados demostraron dos clasificaciones: atención segura y proceso de la atención segura, sobre las prácticas para brindar y garantizar un aseguramiento del paciente aparecieron subcategorías siendo respecto a la primera; el cuidado humanizado que brinda enfermería, el compromiso que asume el competitivo de enfermería, el cuidado integral y el mantenimiento óptimo del estado de salud. Simultáneamente para la segunda clasificación que analiza aquellos riesgos internos del enfermero, reforzamiento de la disposición en cumplir las normas de protección personal y participar en la mejora continua.

Dentro de los aportes internacionales, se cuenta con los siguientes hallazgos como: Echeverría y Francisco (2017) dentro de su trabajo de investigación tuvo como fin reforzar la asistencia servida por el competitivo de enfermería. Para ello, utilizaron un método lógico en la unificación con relación a inconvenientes que dificulten la calidad del cuidado enfermero y la planeación de actividades donde se identifique lo logrado. En ello, hubo la colaboración de 12 enfermeras y 348 sufridos, obteniéndose como consecuencia 5 manuales del perfilado profesional del enfermero. Además, se elaboró estrategias de capacitación, un protocolo de entrega de turno o de reporte de enfermería según normativa. Como conclusión, el método elegido favoreció reforzar el cuidado enfermero hacia los pacientes o usuarios en sala de operaciones valorando el grado de satisfacción.

Orkaizagirre (2016) en su tesis consideró relevante identificar a las enfermeras de las áreas hospitalarias que cometen errores y estos son registrados en el diario clínico o en acta de incidencias. La muestra fue de 247 enfermeras, esta averiguación estuvo basada en la observación, detallada y transversal. Aplicó como instrumento, con las enfermeras que bregan en trabajos hospitalarios, el concepto

de la estabilidad del usuario externo, teniendo en cuenta aquello que sea eficaz para entender todos sus componentes. Al final concluye que en las áreas de hospitalización ocurren más eventos adversos con las enfermeras que tienen menos experiencia, siendo estos con mayor frecuencia el error en la administración de medicamentos y la caída de los pacientes. Es así que notificaron más eventos adversos las enfermeras con más años de experiencia, no pudiéndose comprobar a que más eventos, notifican son las enfermeras que mayor cuidado tienen durante sus labores y que llevan menos de 12 meses en un servicio hospitalario. Las que cometen más caídas en la administración de medicinas es el profesional de enfermería con un periodo de labores no mayor a 60 meses. Respecto a la caída de pacientes son las enfermeras con experiencia hospitalaria entre tres y 12 meses siendo ellas las que más notificación de eventos en base a caída han registrado.

Arpi et al. (2015) en su trabajo acerca de la situación de seguridad del paciente en un Hospital de Argentina, identificaron aquellas reacciones, elementales y seguras para la estabilidad del usuario externo. En su procedimiento detallado, se realizó un sondeo acerca de la estabilidad del usuario externo y de cómo evitar los eventos centinela. Tuvieron como instrumentos la encuesta administrada a 7438 expertos de enfermería, de edad poblacional entre 30 a 40 años y con formación en estabilidad del paciente. Dentro de sus resultados concluyeron que el 60 % de enfermeras tiene la percepción de que la buena comunicación con buena reacción (trato amable) entre compañeros de trabajo se cumple solo en las mañanas una vez que se hallan supervisadas por el líder de servicio y un 40 % no se comunica asertivamente por la no presencia del líder de servicio.

Carvalho et al. (2015) estudiaron sobre el nivel de la cultura de estabilidad en sala de operaciones de una institución pública en la apreciación de las enfermeras. Conforme a los autores, la finalidad primordial fue analizar la apreciación acerca a la salud de la persona dentro de sala de operaciones. Para ello, utilizaron un procedimiento detallado, transversal, cuantitativa, aplicándolo en una población de 226 expertos. El estudio detallado de datos y consistencia del instrumento tuvo como resultados que los competidores se asignaron de forma igualitaria: mujeres (49.6%), varones (50.4%); rango de años 39.6 y años de experiencia 9,2 años. La prueba estadística usada fue α de Cronbach de 0,84, se

definieron 6 magnitudes: apreciación del modo de estrés (74,5) satisfacción laboral (70,7) arrojaron valores de cumplimiento; equipo de trabajo (59,1), estabilidad (48,9) arrojaron valores debajo por debajo de lo esperado (75) administración micro (44,5), administración macro (34,9) condición laboral (41,9) arrojaron valores muy bajos. Al final se concluyó que, a partir del punto de vista de los expertos, se observó debilidades en la cadena de valor, reacciones, capacidades y actitudes que afianzan la cultura de estabilidad en la institución sanitaria.

Da Silva, De Souza y Saturno (2015) estudiaron sobre la cultura de seguridad del paciente y constituyentes confederados en una red de hospitales gubernamentales hispanos. Este análisis explicó el grado de seguridad de la persona enferma. Su metodología tuvo como muestra a 1.113 expertos de 8 hospitales a los que se encuestó por medio de cuestionario con 12 magnitudes. Las apreciaciones fueron detalladas por niveles de porcentaje de respuestas de carácter positivo y de carácter negativo. La magnitud “trabajado grupal” obtuvo el valor positivo más grande (73,5) y la magnitud “dotación necesaria de personal” obtuvo el valor negativo más grande (61). Concluyó que la cultura de la estabilidad del resignado se fortalece por el compromiso e involucramiento de sus ayudantes con un 75 % de respuestas positivas entre ellas: de consenso, bastante de consenso, casi constantemente, constantemente y un 25% de resultados en contra como son: no acuerdo, bastante en no acuerdo.

Giraldo y Montoya (2015) estudiaron sobre el análisis de la cultura de seguridad del paciente en un dispensario de Antioquia Colombia. Su finalidad fue determinar la estabilidad del paciente o usuario en un hospital de una ciudad de Colombia y cuál era la noción del personal asistencial y no asistencial. El trabajo se realizó con un análisis en base a la observación, transversal, donde la muestra eran los empleados del hospital. Los resultados fueron que la estabilidad es del 14 % en la Organización de averiguación y eficacia frente al Hospital Santa Isabel y las ocupaciones del profesional que realiza labor administrativa para fomentar y garantizar la confianza del usuario o sufrido alcanza al 12 % en la Organización de averiguación y eficacia frente al Hospital Santa Isabel. Concluyó que la preparación de un clima de cultura de seguridad más que compromete, involucra una serie de procesos que de cierta manera obligan a reforzar en el personal asistencial el reporte de un error, comunicación no asertiva y asertiva, clima laboral, la jerarquía

y el grado de compromiso ante un grado mayor dentro de la institución como elementos que favorecen incentivar la buena comunicación al momento de reportar un error teniendo la consigna que no habrá sanción y permitir tener el claro conocimiento que la seguridad del paciente es un proceso donde existe siempre labores compartidas por ser un proceso en común.

Tómas et al. (2015) investigaron sobre la seguridad del paciente en urgencias y emergencias. Su objetivo fue impartir la estabilidad de la persona entre los especialistas de enfermería. El procedimiento lo realizaron de forma detallado, transversal y como muestra tuvieron a 150 enfermeras que laboran en el servicio de urgencia. Dentro de sus análisis concluyeron, con base a la comunicación, que los expertos en enfermería tienen la posibilidad de dialogar libremente si observan que algo puede perjudicar de manera negativa al usuario y sentirse ajenos a culpabilidad con personas con experiencia llegando a alcanzar un 55%.

En tal aspecto, otra explicación que respalda la cultura de la seguridad fue elaborada por el psicólogo del Reino Unido Zipperer (2016) el que formuló la Teoría o Modelo del Suizo, pero, la teoría de la Razón indica que varios compendios, particularmente los concernientes con constituyentes raciales, juegan un papel en la creación de las circunstancias para que acontezca un error. En esta situación, los recortes de queso representan las barreras de defensa organizativa, que incluyen la formación, el progreso de habilidades, el canje diligente de información, las programaciones y las preceptivas que ya están en eficacia en la instauración (Aase & Schibevaag, 2016).

La cultura de seguridad del paciente se corresponde con la guía teórica de James Reason en su "Teoría del error" de 1990. Reason sustenta que es común que los individuos cometan errores y que la comisión del riesgo es primordial para prevenirlos. Además, insiste que la organización apalea un papel característico en la prevención de eventos antagonistas. Desde la vista de Reason, hay una patente variabilidad entre los sujetos, lo que hace que encontrarse la gestión de la seguridad y el argumento sea un desafío. Por lo tanto, acentúa la importancia de monitorear las circunstancias recónditos para notificar los errores humanos. Atestigua que las personas alargan a emplazar conscientemente en un rango de seguridad que fluctúa entre el mínimo y lo que discurren aceptable, al prescindir

pasos que ensoberbecen, a pesar de que tienen discernimiento de todo el procedimiento (Reason, 2000).

En tanto, las teorías que sustentan la investigación, se demostraron distintos conceptos asociados directamente con la asistencia de enfermería, relacionado con la estabilidad del paciente en el servicio de sala de operaciones, detallando las magnitudes que permite la evaluación de los elementos de cambio para el análisis de bases teóricas. Por un lado, respecto a la Cultura de seguridad del sufrido se sostiene que, la estabilidad del usuario en una organización es el buen resultado de los elementos analizados, reacciones, apreciaciones, retos y conductas personales e interdisciplinarias que definen un grado de compromiso administrativo. Asimismo, explica que es buscar que las personas o usuarios relacionados con la salud, minimicen los daños antes, durante o después de una atención (Gómez, 2015).

Respecto, a la cultura de seguridad se podría aseverar que ha prosperado para contener todas las creencias, mandos e ideologías que todos los miembros de las instauraciones muestran en dependencia a riesgos y enfermedades. Además, se describe como la mentalidad y destreza que deben tener las instituciones, organizaciones, entidades y grupos frente a canjes, con el designio de transformar ciertos semblantes y endosar la seguridad en toda la asociación (Stawicki, 2015). Asimismo, Walshe & Boaden (2015) de modo similar, se declaran la seguridad como uno de los seis compendios primordiales del estándar de servicios de atención médica. Asimismo, se especifica la cultura como una espaciosa red de prácticas profesionales y organizativas aclimatadas en valores que resguardan el funcionamiento tanto de prójimos como de conjuntos. También se concreta la cultura como un ligado de valores y excelentes compartidos por grupos, junto con prácticas, normas de conducta conspicuos, narrativas o rituales que asemejan a una sociedad definida.

En el mismo aspecto, respecto a las características de una cultura de la estabilidad, se sabe que, es consciente de lo que se realiza, previniendo los resultados y siendo hábiles en identificar los errores para minimizar los daños. Por otra parte, es bueno aprender de todo, y compartir con los demás de forma objetiva sobre los sucesos veraces, de forma imparcial y abierta, confiando en el profesionalismo. Por otra parte, MOSPS indica que la cultura de estabilidad está

presente cuando se atiende al paciente, se fijan fines, se lleva a cabo métodos y procedimientos, se reinventa, rediseña. En sí, la estabilidad es parte de los proyectos y del aspecto laboral (Rodríguez, et al. 2014).

Se presentan definiciones relevantes sobre la cultura de seguridad se reseña a un conjunto de actuaciones y actitudes que contienen tanto a sujetos como a organizaciones. Circunscribe las creencias y valores participados por los miembros de una institución y tiene como objetivo trascendental sujetar o prevenir el daño que podría acontecer como resultado de la vigilancia médica. Un evento adverso se delimita como una lesión no esperada e involuntaria que perturba la salud del paciente, ya sea de forma directa o indirecta, y que puede incitar una reacción en el cuerpo del paciente (MINSA, 2009).

Respecto a los beneficios de una cultura de la seguridad, según los aportes brindados por MOSPS, dentro de los beneficios se tiene las consecuencias del desempeño institucional ya que se brindará una optimización y prevención en el cuidado del paciente. Asimismo, se logrará tener un personal con poco estrés, haciendo que los tiempos sean los necesarios para el desarrollo y, por ende, los precios por procedimientos serán más justos. Finalmente, se optimiza el efecto en el núcleo familiar al conseguir la recuperación del paciente (Podestá y Macesa, 2018).

Por otro lado, según la variable enfermera de sala de operaciones o centro quirúrgico se sabe que, la profesión de enfermería es una carrera de vínculo humanitario, porque aplica lo aprendido siempre en beneficio de la recuperación de la salud del individuo enfermo. Es una labor que se basa en la ciencia, nada de lo que realiza es de manera empírica, demuestra en cada actividad profesionalismo lo que conlleva a progreso científico. La enfermera busca siempre superarse, un acto quirúrgico es una experiencia nueva generando un impacto que se multiplica. Una institución, con buen ámbito laboral de seguridad, al brindar atención sanitaria siempre va a tener colaboradores motivados y sentirán orgullo por pertenecer a dicha institución porque conoce sobre prácticas seguras y sabe que la institución donde labora reconoce su labor. Siempre y cuando el cumplimiento de las funciones hace que el talento humano cometa un error y a la par aprende de ello, contaremos con empresas dedicadas al sistema sanitario encaminadas en garantizar un adecuado cuidado (OMS, 2018).

Es primordial promover, constituir y avivar una cultura de seguridad segura y auténtica corporativa (Mir-Abellána et al, 2017) coherente con los valores, inteligencias, cualidades, aptitudes y conductas compartidas (Lawati et al, 2018), implicaron un tipo intelectual para conseguir un objetivo habitual (Rocco & Garrido, 2018), a través de iniciativas transcendentales consignadas a detectar y esgrimir escenarios desfavorables durante el proceso de trabajo de parto y el parto (Elmir et al, 2017), efectuando operaciones en un medio seguro y colaborativo, donde pacientes y competitivos evalúan los peligros, consecuencias y trances confederados con una actividad, mediación o enfermedad, poseyendo en cuenta la población pedante. En cuanto a la variable de la cultura de seguridad del paciente, se tuvo en cuenta la vista de los autores. (Ramos y Albedaña, 2017) manifestaron como el producto de las cualidades, valores, clarividencias, destrezas y patrones de conducta, tanto a nivel característico como colectivo, en distintas contextos del esmero médica, con el objetivo de justipreciar las fortificaciones y enflaquecimientos de los profesionales de la salud.

Mientras que la teoría de la cultura de seguridad del paciente menciona que, la estabilidad del usuario se mantiene como logro de un conjunto de valores individuales y colectivos, reacciones, apreciaciones, retos y conductas que definen un grado de compromiso de la institución en todo lo relacionado a la salud, cualidades y desempeño. Todo ello, se basa en un diálogo asertivo, con un buen grado de confianza depositada en lo efectivo (Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria, 2005).

Asimismo, relación a los resultados de la cultura de seguridad se sabe que, los registros de notificación conforman un plan que permite aprender siempre de todo tipo de error. Orkaizagirre (2016) consideró que dentro del método de registro se puede presentar dos funciones: la primera está relacionada con la forma de guiar y la segunda es garantizar el compromiso de índole social. Esto quiere decir que la seguridad de la persona es opcional, ya que depende de cómo lo realice y cuáles son los beneficios para los demás.

Además, respecto a la dimensión comunicación se entiende por Ore (2010), quien explicó que se debe analizar el nivel de apertura a un diálogo asertivo. En ese sentido, señala que se debe elegir, razonar y definir adecuadamente las respuestas ante un suceso o manifestación. También, de acuerdo a la

comunicación e información al trabajador acerca de las faltas en la unidad, Alvarado y Gallardo (2024) consideran que debe haber un ambiente de estabilidad dentro de los servicios que se brindan. Es así que se visualiza el compromiso, no solo con el paciente sino con la institución, y se puede lograr mayor confianza de equipo. Mientras que, respecto a gestión y dirección, se sostiene que, está relacionada con la práctica institucional que permite optimizar el grado de seguridad.

De acuerdo con Alvarado y Gallardo (2014), es la continuidad dinámica dentro de la fase de elaboración donde se producen la incorporación de los aportes de colaboradores quienes contribuyen con las metas institucionales y mejoran con elementos para el equipo. Sobre personal, dotación, disponibilidad y admiración. Según Torres (2011), es el conjunto de ocupaciones desarrolladas dentro de una institución. Implica el análisis personal de acuerdo a las actividades que realizan y al espacio físico en donde se encuentran. De esta forma se obtiene un mejor rendimiento en las tareas asignadas.

Respecto a la dimensión de apoyo de la dirección para la estabilidad del paciente, para Torres (2011) manifestó que implica el lograr mejorar la condición y estabilidad de los pacientes. En este sentido se debe comprometer a los líderes en un trabajo conjunto de forma interna y externa para maximizar las fuerzas. De esta manera se obtendrá la relación positiva entre los trabajadores y los eventos que ocurran. La visualización del comportamiento no solo incluye aporte de talento humano y aporte económico, incluye también esfuerzo constante para garantizar y lograr la estabilidad de la persona.

Asimismo, de acuerdo a supervisión. el autor refiere que no es fiscalización ni argumento para señalar a una persona, la apreciación de los colaboradores dentro de una institución, detalla que el cometer un error se da un temor o vergüenza por lo ocurrido, poca confianza para notificar el evento, buscando excusas para proteger su persona y evitar ser sancionado. La prioridad de encontrar al causante utilizando sanciones está en el ámbito social, más aún cuando los integrantes de una institución consideran que el error cometido se debe a una mala práctica (Torres, 2011). Buscan asociar el error a una persona, porque la persona tiene la apreciación que el cometer un error tiene un responsable.

Mientras que, respecto a inconvenientes en la entrega y recepción de pacientes en el cambio de turno, se sabe que, dentro de ello se ven los escenarios

como el cambio de turno, incrementan el peligro a cometer errores lo cual debería motivar a los colaboradores a ser más responsables de la seguridad del paciente, identificándolo con nombre y apellido y no por patología ni número de cama. Torres explica que reconocer adecuadamente las situaciones de los pacientes, disminuirá posibles errores. Por ello, aclara que se el personal que está a cargo del servicio, debe ser el responsable de recabar y difundir datos de cada acto laboral o quirúrgico (Torres, 2011). En el mismo sentido, sobre ocupaciones del líder para impulsar la estabilidad de los usuarios, el autor considera que ser eficiente en la seguridad es un punto de construcción de interrelaciones. Los líderes que buscan resultados positivos en la adopción de un clima de estabilidad son los que se apoyan en un grado de confiabilidad y de creencia en todos los miembros de la institución.

Además, respecto trabajo en equipo, Orkaizagirre (2016) sostuvo que, el trabajo en equipo está relacionado con el brindar ayuda sanitaria “dependiente de personas enormemente doctrinados con roles que deben cumplir y deberes diferentes que laboran unidos buscando el beneficio para el paciente. También respecto compromiso en grupo internamente del sitio o servicio, se debe ser eficaz en el ofrecimiento de cuidado de la salud, pues consigue un efecto único y favorable en la estabilidad del usuario. Conforme explica Orkaizagirre (2016) señaló que la eficiencia permite mejorar los procedimientos que surjan, es así que “a mayor incidencia del obstáculo y especialización de la atención, mayor aumento de las patologías.

Respecto a equipo de trabajo entre áreas, definen como obstáculos en la comunicación asertiva, el desconocimiento y la escasez de comprensión se unen y provocan un mal trabajo de equipo, lo que conduce a que se cometan errores asociados a atención clínica. La tarea asignada en el grupo es reducir los posibles errores mediante la experiencia de cada integrante del grupo, al trabajo o tarea de grupo se une el desarrollo de la habilidad para mantener un dialogo asertivo y crear un clima más racional entre todos los integrantes. En ese sentido, Alvarado y Gallardo (2014) consideraron que la conformación del equipo de trabajo hace mención en el rol de la persona teniendo en cuenta el cansancio, errores de apreciación.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación: Por el tipo de estudio es básica, según Ortiz (2011) manifestó esta forma de investigación tiene como propósito vislumbrar cómo se efectuará la indagación y, en atributo, busca emparejar la cognición por la que se elaborará ese proyecto.

3.1.2. Diseño de investigación: El actual estudio se ha desarrollado con un diseño no experimental. Según Hernández et al. (2014) expresaron que la característica que presenta el diseño no experimental es que no perpetra ninguna alteración de las variables, limitándose solamente a la observación de las efemérides en el escenario originario para así lograr ser ensayados. De acuerdo con Mertens (2012) expresó que son muy útiles en variables que no pueden ser manipuladas ya sea por su dificultades o por cuestiones éticas.

Además, esta indagación se ejecutó con un punto de vista cuantitativo porque permitió el dominio de variable de análisis con el objetivo de medir y realizar una comparación con estudios semejantes. Además, es fundamental destacar que el punto de vista cuantitativo interpreta un grupo de procedimientos por consiguiente es en serie, el orden debería ser estricto (Hernández, et. at. 2014). Parte de la meta y pregunta de indagación, se preparó bajo una visión conceptual en base a temas validados y en funcionalidad de ellas se conforman las magnitudes.

Nivel de investigación fue descriptiva simple en este enfoque, el intelectual busca y selecciona datos presentes concernientes con una situación predestinada (el tema de estudio), sin implicar en la gestión o el control de un tratamiento (Sánchez y Reyes, 2017).

3.2. Variables y operacionalización

Definición conceptual de cultura de seguridad del paciente: Wilpert (2001) exterioriza que la cultura de seguridad de una compañía se forma a partir de los valores, cualidades, percepciones, destrezas y procederes tanto de individuos como de conjuntos, los tales influyen en su encargo, en su enfoque hacia la salud de la organización y en su capacidad para tramitar la seguridad.

Definición operacional de la cultura de seguridad del paciente: Esta variable se descompone en cuatro dimensiones es que son: resultados de la cultura de seguridad, laboreo en equipo, comunicación, trayectoria y mandato, inspección.

Indicadores: Existen 5 dimensiones y 12 indicadores respectivamente. (Ver anexos 1).

Escala de valoración: Escala ordinal de tipo Likert.

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1. Población

Para Hernández et al. (2014) definieron que la población es el grupo de situaciones que coinciden para seguir o cumplir una secuencia de detalles. En mencionada dirección debería implantarse la funcionalidad a propiedades de materia conceptual, sitio y tiempo. Conforme a la presente investigación, se tiene a la población conformada por 75 enfermeras especialistas en centro quirúrgico.

Criterios de inclusión

Enfermeras que trabajan más de seis meses en el servicio de centro quirúrgico.

Enfermeras que completan el instrumento.

Criterios de exclusión

Enfermeras que no quieren colaborar en el plan, enfermeras de otros servicios que realizan turno en centro quirúrgico de manera temporal.

3.3.2. Muestra: La muestra incorpora la porción de la población electa, de la cual se desenvaina la información necesaria para elaborar la indagación y donde se practicará la medición y la observación de las variables que son esencia de estudio. En la actual investigación se consideró una muestra censo que está constituido por 75 individuos. La Muestra es censal, ya que se encierra a todos los casos del universo o la población (Hernández et al., 2014).

3.3.3. Muestreo: No probabilística, porque no se utilizó la fórmula estadística sólo estoy eligiendo la muestra por conveniencia o de una manera intencional.

3.3.4. Unidad de análisis: Los especialistas en centro quirúrgico de la institución mencionada.

3.4. Técnica e instrumento de recolección de datos

Conforme exponen Hernández, et.al. (2014, p. 125) las sistemáticas son considerados como los procedimientos que se realizan para poder obtener los

datos en una indagación. De acuerdo a tal, la técnica de esta investigación fue la encuesta, ya que adecua la recuperación de datos fijados de manera expedita y su aplicación es simple, fácil de efectuar.

Además, es importante mencionar que se realizará mediante cuestionario, siendo referencia internacional 42 interrogantes y enfocadas en 5 magnitudes el cual ha sido modificada a una versión en español por el Ministerio de Salud, Bienestar, Social y la Universidad de Murcia España.

De la misma forma, se tiene la validez según Hernández et al. (2014) definieron que es el nivel en que un instrumento en exactitud computa la variable que se busca medir. Además, durante la validación de los cuestionarios en este plan, se justipreciará la validez del comprendido de cada interrogación, apaleando en cuenta tres semblantes fundamentales: su adecuación, categoría y claridad. En la actual investigación se realizó mediante juicio de experto que están con grado de maestro y doctor, dando como visto bueno que el instrumento es adaptable.

Por lo tanto, se contó con la confiabilidad según Hernández et al. (2014), la confiabilidad reside en la categoría en que un instrumento origina resultado estable y afín. Es decir, la confiabilidad del instrumento se encontró mediante el procedimiento de consistencia interna con el coeficiente Alfa de Cronbach. Igualmente, se realizó a 20 personales de otro establecimiento que cuenta con las mismas características. Por lo cual, se obtuvo un resultado de alta confiabilidad.

3.5. Procedimiento

Con el designio de cumplir con las circunstancias administrativas ineludibles, en primer lugar se agenció la obtención de la carta de presentación formulada por la reconocida Universidad Central de Venezuela (UCV). Una vez lograda dicha carta, se descendió a entregarla a la Dirección del hospital, dirigida al Director del centro médico, con el designio de requerir la autorización conveniente para efectuar la aplicación de los instrumentos emplazados. Posteriormente de alcanzar la autorización, se descendió a regularizar con la enfermera principal del hospital para que accediera constituir una reunión virtual con su equipo, con el fin de informarles sobre el designio de la investigación, esclarecer los semblantes éticos y destacar la importancia del anonimato en las indagaciones. A las enfermeras que desempeñaron con los criterios de elección y quedaron dispuestas a advertir en el estudio, se les prestarán las fichas de encuestas y los instrumentos obligatorios

para perfeccionar y enviar. Después de lo cual, los datos se introdujeron en una hoja de cálculo de Excel y consecutivamente se cometieron análisis estadísticos utilizando el software SPSS en su versión 26 (Canimas, 2012).

3.6. Métodos de análisis de datos

Se perpetraron dos tipos de análisis, entablando con un análisis descriptivo y luego un análisis inferencial. Manejando una matriz de Excel que aguanta la base de datos recopilada, se efectuó un análisis que condescendió visualizar e incorporar los valores conseguidos mediante tablas de frecuencia que se hallan en el apartado de resultados (Ocaña et al. 2019).

3.7. Aspectos éticos

Para Paz (2018) la jerarquía de los semblantes éticos reside en su capacidad para circunscribir elementos primordiales en cualquier investigación, de modo que el estudio existente tomó en cuenta estos aspectos: Confidencialidad de la información: dado que el estudio refirió con la participación de educadores de educación inicial, primaria y secundaria, se ha empañado circunspecciones para evitar trances con sus colegas o superiores al conservar la información confidencial y resguardar los derechos de autor mediante de la investigación. Además, se ha perpetrado una citación considerada de las distintas fuentes, las cuales han sido debidamente reseñadas en la bibliografía, de acuerdo a las demandas de las pautas internacionales (APA), en la redacción de información científica, se maneja con el fin de aseverar la precisión y la rectitud de los resultados, endosando que la información no sea operada, lo que manifiesta la validez y objetividad de los resultados y admite vislumbrar la realidad.

Adicionalmente, mediante la información detallada sobre el instrumento a ejecutar, los expertos de enfermería del servicio de centro quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente, fueron socializadas sobre la aplicación del cuestionario. Así mismo mencionado instrumento no genera riesgos por participar del estudio, quedando apartadas de todo tipo de responsabilidades.

La estabilidad del paciente Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS) captada de la encuesta estadounidense único de la Agency for Healthcare Research and Quality.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados de la variable Cultura de seguridad del paciente,

Tabla 1

Distribución Cultura de seguridad del paciente

Cultura de seguridad del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Cultura débil	13	17,3
Cultura fuerte	62	82,7
Total	75	100,0

En la tabla 2 y figura 1 se evidencia de acuerdo a la variable cultura de seguridad del paciente el 17,33% con un nivel de cultura débil de 17.33 % y un nivel de cultura fuerte en 82.67 %.

Tabla 2

Distribución de la dimensión resultados de la cultura de seguridad

Resultados de la cultura de seguridad	Frecuencia	Porcentaje
Cultura débil	16	21,3
Cultura fuerte	59	78,7
Total	75	100,0

En el cuadro 3 y figura 2 se percibe en la dimensión resultados de la cultura de seguridad presenta un 21.33% con un nivel de cultura débil y un nivel de cultura fuerte en 78.67 %.

Tabla 3

Distribución de la dimensión comunicación en las enfermeras

Comunicación	Frecuencia	Porcentaje
Cultura débil	30	40%
Cultura fuerte	45	60%
Total	75	100%

En la tabla 4 y figura 3 se ostenta que en la dimensión comunicación un 40.00% con un nivel de cultura débil y un 60,00 % con un nivel de cultura fuerte.

Tabla 4*Distribución de la dimensión de la gestión y dirección*

Gestión y dirección	Frecuencia	Porcentaje
Cultura débil	07	9,3
Cultura fuerte	68	90,7
Total	75	100,0

En el cuadro 5 y figura 4 se visualiza en la dimensión gestión y dirección un 9,33% con un nivel de cultura débil y el 90,67 % con un nivel de cultura fuerte.

Tabla 5*Distribución de la dimensión supervisión*

Supervisión	Frecuencia	Porcentaje válido
Cultura débil	12	16,0
Cultura fuerte	63	84,0
Total	75	100,0

En la tabla 6 y figura 5 se observa la dimensión supervisión un 16,00% con un nivel de cultura débil y un 84,00 con un nivel de cultura fuerte.

Tabla 6*Distribución de la dimensión de trabajo en equipo*

Trabajo en equipo	Frecuencia	Porcentaje
Cultura débil	18	24%
Cultura fuerte	57	76%
Total	75	100%

En el cuadro 7 y figura 6 se descubre en la dimensión trabajo en equipo un 24,00% con un nivel de cultura débil y un 76,00% con un nivel de cultura fuerte.

V. DISCUSIÓN

En la variable cultura de estabilidad del paciente, se alcanzó como resultado: el 17.33% muestra un grado de cultura débil y el 82.67% muestra un grado de cultura intenso, comparándose con el análisis llevado a cabo por Gómez y Arenas (2011) quienes señalan que la fortaleza de una cultura de estabilidad de la paciente dedicada por la enfermera se prueba en los resultados de carácter positivo de una labor continúa alcanzando un 72%. De igual manera, los resultados del análisis de Da Silva y De Souza (2013) señalan que la cultura de la estabilidad del paciente se fortalece por el compromiso e involucramiento de sus ayudantes con un 75 % de respuestas positivas entre ellas: de consenso, bastante de consenso, casi continuamente, continuamente y un 25% de respuestas negativas como son: en desacuerdo, bastante en desacuerdo, que es la escala usada en el presente análisis. De la misma forma, hay una semejanza con la tesis de Alvaro et al. (2018) quien se arribó que, en los dos establecimientos, se observa una cultura de seguridad del paciente proporcionado. Las enfermeras del centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel obtienen un 84.4% de contestaciones efectivas, mientras que las enfermeras del centro quirúrgico del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz consiguen un 59.4% de refutaciones efectivas. La Clínica Santa Isabel se subraya por tener una cifra superior de dimensiones que se reflexionan fortalezas, mientras que el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz ejemplar una cifra superior de dimensiones que fermentaban ser áreas de progreso. En resumen, las enfermeras del centro quirúrgico de la Clínica Santa Isabel presentan una consistente cultura de seguridad del paciente.

Además, se apoyó a la teoría de acuerdo a Maslow, la trascendencia de la seguridad de las vidas se localiza en un nivel secundario en la lista de sus insuficiencias fundamentales, y este principio ha sido primordial en la formulación de una de las suposiciones notables en el campo de la enfermería, como la teoría de las insuficiencias. propuesta de Virginia Henderson. Además, Dorotea Orem (2011), maneja la teoría de Maslow sobre la jerarquía de insuficiencias humanas para emparejar la carencia o insatisfacción de una escasez. Dentro de esta teoría, puntea que la sensación de seguridad surge cuando los puestos fisiológicos humanas viven plenamente compensadas, lo que envuelve sentirse protegido y garantizado. La categoría de la seguridad en la enfermería se encumbra a las bases

teóricas de la profesión. A pesar de la complicación esmero de la hospitalaria, que se cumple en escenarios estresantes y puede dar lugar a eventos no ansiados, a veces sin ocasionar daño y en otros momentos poniendo en peligro la vida del paciente, la elección de decisiones en la clínica es el indicador clave de atención. No debemos ensanchar el papel del factor humano en la diligencia de normas y procedimientos para certificar un desempeño seguro en el cuidado clínica, a través del trabajo en equipo, colaborando compromisos y objetivos.

Sin embargo, Jimenez y Júlver (2017) admitieron la vida de una cultura de estabilidad del paciente de carácter prioritario más en lo cómodo que en lo teórico, obteniendo un 63% de compromiso institucional. De la misma forma, los resultados del trabajo llevado a cabo por Mir – Abellán, Falcó y De La Puente (2017) encontraron que para poder hacer una cultura de estabilidad del paciente a grado de todos los mandos es el trabajo en grupo en cada una de las unidades o servicios con un 69% estableciendo una posibilidad de optimización manifestada por el personal de enfermería que es la dotación correcta de honorario para prometer una asistencia positiva al paciente sin el peligro de cometer errores. Por consiguiente, se finaliza que la variable es una cultura extensa con oportunidades de mejora.

Referente a los resultados de la cultura de la estabilidad, se obtuvo un 21.33% que representa una cultura débil y un 78.67% que representa una cultura profundo dichos resultados se comparan con el análisis llevado a cabo por Gómez, Arenas y Gonzáles (2011) quienes concluyeron resultados positivos 82% conveniente a una cultura de estabilidad por disponer de enfermeras con vivencia gremial en instituciones acreditadas internacionalmente. De igual manera, Saturno (2013) encuentra resultados positivos en un 63% y lo traduce en el compromiso de cada conjunto ocupacional. Sin embargo, Almeyda y Camargo (2017) concluyen con un 71.34% que para obtener buenos resultados en favor de la estabilidad del paciente se debería sensibilizar a todo individuo que ofrece atención directa al paciente. Por consiguiente, se determina que el producto de valores, reacciones, habilidades y conductas de buena actuación personal y colectivo producen buenos resultados que respaldan una buena atención hacia el paciente.

En relación con la comunicación en las enfermeras se obtuvo un 40% de grado de cultura débil, versus un 60% de grado de cultura profundo. De la misma forma que sugiere el análisis de Fajardo y Rodríguez (2010), donde la percepción

universal más alta en la cultura de estabilidad del usuario ha sido el diálogo asertivo, teniendo un 68% frente al cumplimiento de los protocolos de decidir de manera inmediata, solución de inconvenientes y responsabilidad compartida. Así mismo, Paniatteri, Arpi y Godio (2015) concluyeron que el 60 % de enfermeras tiene la percepción de que la buena comunicación entre compañeros de trabajo se cumple solo en las mañanas una vez que está el líder de servicio y un 40 % no se comunica asertivamente por la no presencia del líder de servicio.

Sin embargo, Chanovas (2011) en su análisis sugiere, con base a la comunicación, que los expertos en enfermería tienen la posibilidad de dialogar libremente si observan que algo puede perjudicar de forma negativa al usuario y sienten libertad de comunicarlo a personas con mayor nivel de autoridad alcanzando un 55.%. Por consiguiente, se concluye que la buena comunicación es un instrumento que asegura el buen cumplimiento de los procesos en beneficio del paciente.

Referente a la Gestión/ Dirección muestra una cultura intensa en la organización con un 90.67% por las respuestas del profesional de enfermería hacia los gestores en enfermería que realizan comentarios favorables una vez que observan el buen cumplimiento de los procesos, no obstante, un 9.33% sugiere que laboran de manera más acelerada una vez que se deben adaptar a los cambios. En el análisis de Pérez Castro y Vásquez (2014) señalan que la estabilidad del paciente en los nosocomios pasa por un asunto de responsabilidad en la gestión con un 70.69% de respuestas positivas, sin embargo, Gonzáles y Olvera (2014) indican que un 32.07% plantean que la dirección muestra poco interés en disponer de la dotación de personal para lograr atender la demanda de pacientes. Por consiguiente, se concluye que la gestión y dirección parte de un objetivo en común que va integrando a diversas zonas y que a la par involucre a los diversos conjuntos ocupacionales.

En relación a la supervisión, el 16% representa una cultura débil y el 84% una cultura intensa, este último se traduce en resultados positivos ya que las supervisoras poseen presente las recomendaciones que hace el personal de enfermería. Este resultado es comparable con el análisis de Da Silva (2013) que sugiere que un 73.5% se refleja en la supervisión de carácter no punitivo considerándose una fortaleza para el profesional y para el servicio. Por otro lado, y

lo asegura Martínez (2015) que la supervisión de carácter no punitivo a los errores denota un 68.9% de confianza a lo largo de la atención directa al paciente. Al final se puede concluir que la supervisión no punitiva en la estabilidad del paciente influye en el buen comportamiento de la enfermera mostrando profesionalismo y conducta ética.

De la misma manera, hay una semejanza con la investigación de Peralta et al. (2018) quien a la calidad más apreciable en las enfermeras fue su interacción con los pacientes, reconociendo un 92% de aprobación. En lo que adora a las diversas dimensiones, la mayoría de los indicadores manifestaron resultados neutrales (en el punto medio), primariamente en áreas como la cultura de comunicación, la cultura de seguridad, la seguridad a horizonte de servicio y la cultura de seguridad a altura del hospital. Concluyó que la trascendental calidad que las enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico acentúan es su capacidad de instituir una conexión cercana con el paciente, obteniendo un 92,6%. En lo que admira a los aspectos concernientes con la cultura de seguridad del paciente, se acentúa un sólido 63% en el contorno del aprendizaje organizacional positivo. También, al final en la dimensión trabajo en grupo se obtuvo un 24% de cultura débil y un 76% de cultura intenso, este último costo es comparable con el resultado positivo de 75% del análisis llevado a cabo por Saturno (2013) que define el trabajo en grupo como una fortaleza en oposición a esos fallos en la comunicación que ocurren de forma poco recurrente. Como investigador concluyó que el trabajo en grupo no solo en el servicio sino entre cada una de las zonas tienen que disponer de los protocolos que garanticen continuidad en la atención con el objetivo de eludir mal en el paciente.

Se apoyó a la teoría de Martínez (2015) precisó que la cultura de seguridad implica el ligado de actitudes y mandos tanto a nivel individual como organizacional, aclimatadas en creencias y valores intervenidos, con la intención constante de menguar cualquier avería que un paciente pueda apreciar debido a la prestación de atención médica. La teoría propone que la cultura de seguridad en una organización se arregla de los valores, actitudes, conocimientos, destrezas y comportamientos tanto particulares como grupales que influyen en la forma en que se tramita la seguridad. En organizaciones con una cultura de seguridad positiva, sobresale la comunicación gravitada en la confianza mutua, intervienen la

convicción de la preeminencia de la seguridad y tienen familiaridad en la efectividad de las operaciones tomadas.

VI. CONCLUSIONES

- Primera:** La cultura profunda en relación con la estabilidad del paciente muestra el razonamiento y cumplimiento de los procesos con la intención de prevenir y evadir mal en el paciente, este logro se debería a un trabajo colectivo que se mide en diversos tiempos. Los resultados sobre la estabilidad del usuario en los competitivos de la salud que cumplen labores en el centro quirúrgico al ser una cultura intensa permitieron que sea una posibilidad de mejora continua ya que posibilita llevar a cabo más estrategias de seguridad.
- Segunda:** El elevado porcentaje con contestación positiva relacionadas con los resultados de la cultura de estabilidad es reflejo de haber reconocido esas situaciones que tienen la posibilidad de afectar al paciente denominado además acontecimiento centinela y paralelamente a esas situaciones donde se reporta de forma conveniente un acontecimiento adverso.
- Tercera:** Referente a la comunicación, el elevado porcentaje de respuestas positivas se debería a que el personal de enfermería estima que continuamente se les comunica sobre las medidas de solución de los eventos adversos reportados por ellas mismas lo cual posibilita poder discutir con personas de más grande autoridad de cómo evitar el error para que no vuelva a ocurrir. Así mismo el tener en cuenta las recomendaciones del personal crea en ellas un clima conveniente que posibilita involucrarse más con las metas de la organización.
- Cuarta:** En relación con la Gestión/ Dirección, el elevado porcentaje con respuestas positivas es ya que el personal de enfermería estima que, pese a tener una tarea continua casi constantemente se secundan mutuamente con el fin de concluir el trabajo, lo cual posibilita tratarse con respeto siendo una fortaleza para la Dirección pues posibilita guiar y entablar políticas de optimización, así como orientar al equipo hacia la perspectiva y tarea de la organización. Una buena organización es una enorme posibilidad de optimización para el cumplimiento de los procesos.

- Quinta:** El elevado porcentaje en relación a la supervisión, se traduce en la buena percepción que posee el trabajador de enfermería una vez que escucha que sus mejores realizan comentarios positivos en relación a su tarea generando en ellos un clima de confianza y sumado a ello el carácter no punitivo de los errores crea un ambiente de estabilidad.
- Sexta:** El trabajo en grupo y su elevado porcentaje con respuestas positivas muestra la afinidad existente entre centro quirúrgico y los servicios hospitalarios, esta fortaleza posibilita que lo bueno que se hace en un área se replique en otras, más todavía si se muestra los buenos resultados con oportunidades de optimización en grupo.

VII. RECOMENDACIONES

- Primera:** A las autoridades del hospital se les recomienda que deben contar con personal que cuenten con experiencia en seguridad del paciente, con estudios realizados o que sugieran propuestas de mejora en beneficio del paciente y profesional
- Segunda:** Si el fin es obtener mejores resultados en la cultura de seguridad se confía que todos los procesos deben estar bien establecidos y difundidos, sin que se realicen cambios de manera frecuente porque eso confunde al profesional y se distorsiona la atención brindada.
- Tercera:** Se recomienda que la comunicación sea horizontal entre mandos porque se convierte en claro ejemplo de transparencia, de ese modo pueden afrontar todo tipo de situación que requiera labor en conjunto. No debe existir diferencias ni mala comunicación porque si existe un bajo porcentaje de cultura débil puede convertirse en una cultura débil con alto porcentaje siendo más difícil obtener buenos logros.
- Cuarta.** Se recomienda a la Dirección como ente principal de la institución hospitalaria demostrar seguridad y confianza para el logro de los objetivos porque genera un impacto positivo en el profesional de enfermería.
- Quinta:** Se recomienda a la supervisión contar con más herramientas que permitan el buen cumplimiento de los procesos, en dialogar ante la evidencia de errores y buscar medidas correctivas antes que punitivas.
- Sexta:** Finalmente, para el trabajo en equipo se recomienda poner en práctica los valores éticos mediante talleres, en respetar y valorar las diversas funciones que cumple cada grupo ocupacional para brindar una buena atención al paciente.

REFERENCIAS

- Aase, K., & Schibevaag, L. (Eds.). (2016). *Researching patient safety and quality in healthcare: a Nordic perspective*. CRC Press.
- Agency for Health Care Research and Quality AHRQ (2005). *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España.
- Alvarado G. (2014) *Relación entre Clima Organizacional y Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval*. Lima – Perú.
- Alvaro Cabeza, D. J., Membrillo Pillpe, N. J., & Vilcapuma Gallegos, A. (2018). *Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de centro quirúrgico del hospital Carlos Lan Franco La Hoz y La Clínica Santa Isabel, Lima-2018* (Tesis de maestría) Universidad Del callao. <https://hdl.handle.net/20.500.12952/3728>
- Arango, Montoya (2013) *Evaluación De La Cultura De Seguridad Del Paciente en un Hospital de Antioquia Colombia*.
- Arenas J., Garzón L., Gonzales & Mateus (2010). *Cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería en instituciones de III nivel*. Tesis para optar el título de Enfermera. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia.
- Campos, L. Chico, J. Cerna, L. (2014). *Calidad del Cuidado de Enfermería en la Seguridad Integral del paciente Quirúrgico del Hospital Base Víctor Lazarte Echeagaray*. Trujillo – Perú
- Carvalho, D. (2014 – 2015) *Cultura de seguridad en el centro quirúrgico de un hospital público, en la percepción de los profesionales de la salud*.
- Cuba, R. (2012). *La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil*. Rev. Latino-Am. Enfermagem – Porto Alegre – Brasil.
- Da Silva, De Souza (2013) *Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles*.
- De Los Santos, Figueras, López, Martínez. (2011) *Opinión del personal de Enfermería, referido a la atención brindada al usuario, enfocado a la cultura de la seguridad del mismo*. Montevideo – Uruguay.

- De Arco-Canoles, Oneys del Carmen De, & Suarez-Calle, Zuleima Karina. (2018). Rol de los profesionales de enfermería en el sistema de salud colombiano. *Universidad y Salud*, 20(2), 171-182. <https://doi.org/10.22267/rus.182002.121>
- Hernández, R y Mendoza. C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas*. Editorial McGraw-Hill Educación. p 714.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mac Graw Hill: Interamericana. p. 634.
- Echeverría, Pérez. (2017) *Calidad del cuidado enfermero en un centro quirúrgico: Experiencia en un hospital de Ibarra, Ecuador*.
- Elmir et al, P. J. (2017). A meta-ethnographic synthesis of midwives' and nurses' experiences of adverse labour and birth events. *J Clin Nurs.*; 26(23-24): 4.184-4.200. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28722761/#:~:text=Conclusion%3A%20Midwife%20and%20nurses%20feel,develop%20their%2>
- Fuente-Del-Campo, A., & Rios-Ruiz, A. (2018). El ejercicio de la Medicina y su entorno legal. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 44(2), 123–130. <https://doi.org/10.4321/s0376-78922018000200002>
- Gavin, Y.; Beyeler, N., Wadge, H., & Jamison, D. (2017). Invirtiendo en salud: el argumento económico. Informe del Foro sobre Inversión en Salud de la Cumbre Mundial sobre Innovación para la Salud 2016. *Salud Pública de México*, 59(3), 321-342. <https://doi.org/10.21149/8675>
- Guevara-Ríos, E. (2018). Nuevo enfoque en la atención en salud: la seguridad del paciente. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 7(1), 7–8. <https://doi.org/10.33421/inmp.2018102>
- Hernández Sampieri, Fernández – Collado, Baptista Lucio (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta edición.
- Investigación en Seguridad del Paciente (2008). *Mayor conocimiento para una atención más segura*. Organización Mundial de la Salud.
- Lawati et al, M. D. (2018). Patient safety and safety culture in primary health care. *BMC family practice*, 19(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0793-7>.
- López, Ríos, Vélez, (2008) *Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención*. Medellín – Colombia.

- Martínez, V. L. (2016). *Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015* (Tesis de maestría) Universidad Nacional Mayor de San Marcos. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/5301>
- Ministerio de Salud. (2009). Documento Técnico Política Nacional de Calidad en Salud, RM N° 727-2009/MINSA. Disponible en: <https://bit.ly/3PDC04m> Consultado el 12 de setiembre 2022.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) *Indicadores de buenas prácticas sobre seguridad del paciente*. España.
- Ministerio de Sanidad y Política Nacional (2008). *Informe Técnico*. Estándares de Calidad de Cuidados para la Seguridad del Paciente en los Hospitales del SNS. España.
- Mir-Abellána et al, R. F.-P.-M. (2017). Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Science Direct*. 31 (2),145-149. en:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301777>
- Orkaizagirre, G. (2016) *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias*. (Tesis) Universidad de Zaragoza. España.
- OMS. (2018). Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. organización Panamericana de la Salud.
- Paniatteri, Arpi y Godio (2015) *Diagnóstico de situación de seguridad del paciente en Argentina. Estudio transversal*.
- Peralta, Y. L., Itucayasia, M. L. R., Jetzabel, K. J. M. C. K., & Cuellar, M. (2018). Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. *Revista Médica Basadrina*, 15(2), 11-20. <https://doi.org/10.33326/26176068.2021.2.1048>
- Prado, Rizo, Díaz, Hoyos, (2007) *Seguridad del paciente un compromiso institucional para una atención más segura*. Colombia.
- Podestá Gavilano, J|uis Enrique, Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, Perú, Maceda Kuljich, M., & Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú. (2018). Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte.

- Lima, 2017. *Horizonte médico*, 18(3), 48–56.
<https://doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n3.08>
- Marck (2010). *Cuidado de enfermería y seguridad del paciente: visualizando la organización, acondicionamiento y distribución de medicamentos con método de investigación fotográfica*. *Revista Latino – Am. Enfermagen. Brasil*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Universidad de Murcia (2008). *Indicadores de buenas prácticas sobre Seguridad del Paciente. Resultados de su medición en una muestra de hospitales del Sistema Nacional de Salud español*. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, España.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). *Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)*. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid, España.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*. Centro de Publicaciones Paseo del Prado. Madrid, España.
- Ramos, F., S., C., & Albedaña R. (2017). Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. 2016. *Enfermería Universitaria*, 14(1), 47-53
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300720>.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management 320(7237):768- 770.
Disponible en: <https://bit.ly/3VdXlm8> Consultado el 8 de setiembre 2022
- Rodríguez, D. E. C., & Carvajal, N. E. J. (2018). Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(1).
<https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245>
- Rodríguez-Cogollo, R., Paredes-Alvarado, I. R., Galicia-Flores, T., Barrasa-Villar, J. I., & Castán-Ruiz, S. (2014). Cultura de seguridad del paciente en residentes de medicina familiar y comunitaria de Aragón. *Revista de calidad asistencial: organo de la Sociedad Espanola de Calidad Asistencial*, 29(3), 143–149.
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.01.001>

- Santacruz J., Rodríguez, Fajardo G., Hernández F. (2011). *Cultura de Seguridad del paciente y eventos adversos. Curso de evaluación y mejora de la calidad de atención y la seguridad del paciente. Comisión Nacional de Arbitraje médico.* Centro colaborador de la OPS/OMS. México.
- Stawicki, S. (2015). *Fundamentals of patient safety in medicine and surgery.* Wolters kluwer india Pvt Ltd.
- Tómas, Chanovas (2011) *La seguridad del paciente en urgencias y emergencias.*
- Torres. (2011) *Gestión de Seguridad del Paciente: Participación de Enfermería.* La Plata – Argentina.
- Trejo Valentín (2014 – 2015) *Evaluación De La Aplicación Del Listado De Verificación Quirúrgica Como Estrategia De Mejora En La Cultura De Seguridad.* Barcelona-España.
- Urbina Laza (2011). *Competencias de Enfermería para la seguridad del paciente.*
- Walshe, K., & Boaden, R. (2015). *Patient safety: Research into practice.* McGraw-hill education (UK).
- Wilpert, B. (2001). *The relevance of safet y culture for nuclear power operations.* Londres: Taylor & Francis.
- Zipperer, L. (Ed.). (2016). *Patient safety: perspectives on evidence, information and knowledge transfer.* Routledge.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de operacionalización

Matriz operacional de la variable la cultura de la seguridad del paciente

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Rango
Resultados de la cultura de seguridad	Percepción sobre la seguridad del paciente	4	Nunca	1
	Frecuencia del reporte de incidentes de seguridad del paciente	3	Casi nunca	2
Trabajo en equipo	Trabajo en equipo dentro del área o Servicio	4	Cultura fuerte	3
	Trabajo en equipo entre las áreas o Servicios	4	A veces	3
Comunicación	Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad	3	Casi siempre	4
	Dirección y Gestión	Grado de apertura de la comunicación	Siempre	5
Dirección y Gestión	Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad del Paciente	3		
	Personal: suficiencia, disponibilidad y gestión	4		
	Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente	3		
	Respuesta no punitiva a los errores percepción del personal	3		
Supervisión	Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno.	4		
	Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad del paciente	4		

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

	1	2	3	4	5
	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1.- El personal se apoya mutuamente en el servicio de centro quirúrgico.					
2.- Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3.- Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4.- En este servicio nos tratamos con respeto.					
5.- A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6.- Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7.- Tenemos mas personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.					
8.- Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9.- Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.					
10.- Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.					
11.- Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.					
12.- Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.					
13.- Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.					
14.- Trabajamos bajo presión, para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.					
15.- La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
16.- El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.					
	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
17.- En el servicio tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.					
18.- Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.					
19.- Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.					
20.- Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la Seguridad del paciente.					
21.- Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.					
22.- Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.					
23.- La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					

24.- los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.					
25.- La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro					
26.- Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.					
27.- A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno					
28.- En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.					
29.-Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital					
30.- Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria					
31.- La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.					
32.- Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.					
33.- Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital					
34.- Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.					
35.- Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad					
36.- Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio					
37.- El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
38.- En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.					
39.- El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo , aparentemente no está bien.					
40.- Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente					
41.- Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente					
42.- Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					

Anexo 3. Validación de los instrumentos



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Dimensión: Resultados de la cultura de seguridad							
1	El personal se apoya mutuamente en el servicio de centro quirúrgico.	X		X		X		
2	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	X		X		X		
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	X		X		X		
4	En este servicio nos tratamos con respeto.	X		X		X		
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	X		X		X		
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
7	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	X		X		X		
	Dimensión: Trabajo en equipo							
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	X		X		X		
9	Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	X		X		X		
10	Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.	X		X		X		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	X		X		X		
12	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.	X		X		X		
13	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	X		X		X		
14	Trabajamos bajo presión, para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.	X		X		X		
15	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	X		X		X		
	Dimensión: Comunicación							
16	El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.	X		X		X		

17	En el servicio tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	X		X		X		
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.	X		X		X		
	Dimensión: Dirección y gestión	Si	No	Si	No	Si	No	
19	Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	X		X		X		
20	Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la Seguridad del paciente.	X		X		X		
21	Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	X		X		X		
22	Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.	X		X		X		
23	La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	X		X		X		
24	Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.	X		X		X		
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro	X		X		X		
26	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.	X		X		X		
27	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno	X		X		X		
28	En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.	X		X		X		
29	Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital	X		X		X		
30	Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	X		X		X		
31	La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	X		X		X		
	Dimensión: Supervisión	Si	No	Si	No	Si	No	
32	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	X		X		X		
33	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	X		X		X		
34	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	X		X		X		
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad	X		X		X		

36	Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio	X		X		X		
37	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	X		X		X		
38	En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	X		X		X		
39	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo , aparentemente no está bien.	X		X		X		
40	Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	X		X		X		
41	Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	X		X		X		
42	Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: Dr. Janampa Acuña, Nerio

DNI: 28270171

Especialidad del validador: Doctor en administración

10 de abril del 2018

¹**Pertinencia:**El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo



Firma del Experto Informante.



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Dimensión: Resultados de la cultura de seguridad							
1	El personal se apoya mutuamente en el servicio de centro quirúrgico.	X		X		X		
2	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	X		X		X		
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	X		X		X		
4	En este servicio nos tratamos con respeto.	X		X		X		
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	X		X		X		
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
7	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	X		X		X		
	Dimensión: Trabajo en equipo							
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	X		X		X		
9	Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	X		X		X		
10	Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.	X		X		X		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	X		X		X		
12	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.	X		X		X		
13	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	X		X		X		
14	Trabajamos bajo presión, para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.	X		X		X		
15	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	X		X		X		
	Dimensión: Comunicación							
16	El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.	X		X		X		

17	En el servicio tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	X		X		X		
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.	X		X		X		
	Dimensión: Dirección y gestión	Si	No	Si	No	Si	No	
19	Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	X		X		X		
20	Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la Seguridad del paciente.	X		X		X		
21	Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	X		X		X		
22	Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.	X		X		X		
23	La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	X		X		X		
24	Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.	X		X		X		
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro	X		X		X		
26	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.	X		X		X		
27	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno	X		X		X		
28	En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.	X		X		X		
29	Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital	X		X		X		
30	Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	X		X		X		
31	La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	X		X		X		
	Dimensión: Supervisión	Si	No	Si	No	Si	No	
32	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	X		X		X		
33	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	X		X		X		
34	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	X		X		X		
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad	X		X		X		

36	Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio	X		X		X		
37	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	X		X		X		
38	En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	X		X		X		
39	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo , aparentemente no está bien.	X		X		X		
40	Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	X		X		X		
41	Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	X		X		X		
42	Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. Chantal Juan Jara Aguirre

DNI: 25451905

Especialidad del validador: Gestión Educacional

Lima, 27 de setiembre del 2018

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo



Dr. CHANTAL JARA AGUIRRE
Ecclesiasta
C.E.L. N° 7937

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	Dimensión: Resultados de la cultura de seguridad							
1	El personal se apoya mutuamente en el servicio de centro quirúrgico.	X		X		X		
2	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	X		X		X		
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	X		X		X		
4	En este servicio nos tratamos con respeto.	X		X		X		
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	X		X		X		
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
7	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	X		X		X		
	Dimensión: Trabajo en equipo							
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	X		X		X		
9	Cuando se detecta algún error en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	X		X		X		
10	Solo por casualidad no ocurren más errores en este servicio.	X		X		X		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	X		X		X		
12	Cuando se informa de un evento adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.	X		X		X		
13	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	X		X		X		
14	Trabajamos bajo presión, para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.	X		X		X		
15	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	X		X		X		
	Dimensión: Comunicación							
16	El personal teme que los errores que cometen consten en sus expedientes.	X		X		X		
17	En el servicio tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	X		X		X		

18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son efectivos para evitar errores en la atención.	X		X		X		
	Dimensión: Dirección y gestión	Si	No	Si	No	Si	No	
19	Mi superior hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	X		X		X		
20	Mi superior tiene en cuenta seriamente las sugerencias que le hace el personal para mejorar la Seguridad del paciente.	X		X		X		
21	Cuando la presión de trabajo aumenta, mi superior quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	X		X		X		
22	Mi superior no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.	X		X		X		
23	La dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	X		X		X		
24	Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.	X		X		X		
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro	X		X		X		
26	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.	X		X		X		
27	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno	X		X		X		
28	En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.	X		X		X		
29	Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios de este hospital	X		X		X		
30	Las acciones de la dirección muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria	X		X		X		
31	La dirección solo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	X		X		X		
	Dimensión: Supervisión	Si	No	Si	No	Si	No	
32	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	X		X		X		
33	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	X		X		X		
34	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	X		X		X		
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, expresa su punto de vista con total libertad	X		X		X		
36	Se nos informa de los errores que ocurre en el servicio	X		X		X		

37	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	X		X		X	
38	En este servicio, discutimos como se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir.	X		X		X	
39	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo , aparentemente no está bien.	X		X		X	
40	Se registran y/o reportan los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	X		X		X	
41	Se registran y/o reportan los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	X		X		X	
42	Se registran y/o reportan los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. Mariano Rodolfo Salas Quispe **DNI: 06989923**

Especialidad del validador: Dr. En Educación

13 de junio del 2018

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Firma del Experto Informante.

Anexo 4. Confiabilidad del instrumento

Tabla 6

Estadística de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,967	42

Anexo 5. Matriz de consistencia

TÍTULO: Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018							
AUTORA: Br.							
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es el nivel de la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es el nivel de los resultados de la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018?</p> <p>¿Cuál es el nivel de trabajo en equipo del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018?</p> <p>¿Cuál es el nivel de la comunicación del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar el nivel de la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.</p> <p>Objetivos específicos.</p> <p>Establecer el nivel de los resultados de la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.</p> <p>Establecer el nivel de trabajo en equipo del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.</p> <p>Establecer el nivel de la comunicación del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro</p>		Variable 1: Cultura de la seguridad del paciente				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valoración	Nivel y rango de la variable
			Resultados de la cultura de seguridad	Percepción sobre la seguridad del paciente	4	Nunca (1) Casi nunca (2) A veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)	Cultura débil Cultura moderada Cultura fuerte
				Frecuencia del reporte de incidentes de seguridad del paciente	3		
			Trabajo en equipo	Trabajo en equipo dentro del área o Servicio	4		
				Trabajo en equipo entre las áreas o Servicios	4		
			Comunicación	Comunicación e información al personal sobre los errores en la unidad	3		
			Dirección y Gestión	Grado de apertura de la comunicación	3		
Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad del Paciente	3						

<p>Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018?</p> <p>¿Cuál es el nivel de la dirección y gestión del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018?</p> <p>¿Cuál es el nivel de la supervisión del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018?</p>	<p>Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.</p> <p>Establecer el nivel de la dirección y gestión del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.</p> <p>Establecer el nivel de la supervisión del paciente en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.</p>			<p>Personal: suficiencia, disponibilidad y gestión</p> <p>Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente</p> <p>Supervisión</p> <p>Respuesta no punitiva a los errores percepción del personal</p> <p>Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno.</p> <p>Acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad del paciente</p>	<p>4</p> <p>3</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p>		
<p>Tipo y diseño de investigación</p>	<p>Población y muestra</p>	<p>Técnicas e instrumentos</p>	<p>Estadística a utilizar</p>				
<p>Tipo: Básica Diseño: no experimental</p>	<p>Población censal: está conformado por 75 trabajadores.</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario</p>	<p>Descriptiva:</p> <p>Análisis descriptivo comparativo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación en tablas de frecuencia y figuras - Interpretación de los resultados 				

Anexo 6. Base de dato de la muestra de estudio

	Cultura de la seguridad del paciente																																																	
	Resultados de la cultura de seguridad							Trabajo en equipo							Comunicación			Dirección y Gestión							Supervisión																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42								
1	5	5	4	4	5	4	3	30	1	1	3	3	3	3	2	3	19	3	4	4	11	5	4	5	5	4	4	5	4	3	1	1	3	3	47	3	3	2	3	3	4	4	5	4	5	4	40	147		
2	5	5	4	4	5	3	3	29	1	1	3	3	3	3	4	3	21	5	5	4	14	5	4	5	5	4	4	5	3	3	1	1	3	3	46	3	3	4	3	5	5	4	5	4	5	4	45	155		
3	2	2	1	1	3	4	1	14	1	1	1	1	3	1	1	3	12	1	3	1	5	5	5	2	2	1	1	3	4	1	1	1	1	1	28	3	1	1	3	1	3	1	5	5	5	5	33	92		
4	2	3	2	3	2	3	3	18	3	3	2	2	3	3	3	3	22	2	4	3	9	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	34	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	33	116		
5	3	3	2	2	2	3	1	16	1	1	1	2	2	1	1	1	10	2	4	2	8	4	4	3	3	2	2	2	3	1	1	1	1	2	29	2	1	1	1	2	4	2	4	4	4	4	29	92		
6	3	2	3	2	3	3	1	17	1	1	3	3	3	3	3	3	20	3	4	3	10	4	4	3	2	3	2	3	3	1	1	1	3	3	33	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	38	118		
7	2	2	2	1	2	3	1	13	1	1	2	2	2	2	2	2	14	3	3	2	8	1	2	2	2	2	2	1	2	3	1	1	1	2	22	2	2	2	2	3	3	2	1	2	1	2	22	79		
8	4	5	1	2	4	3	4	23	3	2	3	2	3	2	3	4	22	5	5	4	14	5	5	4	5	1	2	4	3	4	3	2	3	2	43	3	2	3	4	5	5	4	5	5	5	5	46	148		
9	2	1	2	3	2	3	3	16	2	3	2	1	2	1	1	3	15	2	1	2	5	1	2	2	1	2	3	2	3	3	2	3	2	1	27	2	1	1	3	2	1	2	1	2	1	2	18	81		
10	5	5	3	1	5	5	3	27	4	4	3	4	4	4	4	4	31	5	5	3	13	5	5	5	5	3	1	5	5	3	4	4	3	4	52	4	4	4	4	5	5	3	5	5	5	5	49	172		
11	3	3	3	2	3	1	1	16	1	2	2	2	2	2	2	3	16	4	3	3	10	2	2	3	3	3	2	3	1	1	1	2	2	2	27	2	2	2	3	4	3	3	2	2	2	2	27	96		
12	4	3	4	3	4	4	4	26	5	3	3	4	4	4	3	4	30	4	5	4	13	5	5	4	3	4	3	4	4	4	5	3	3	4	51	4	4	3	4	4	5	4	5	5	5	5	48	168		
13	1	4	3	1	3	3	1	16	2	3	2	2	4	3	3	3	22	4	4	3	11	4	4	1	4	3	1	3	3	1	2	3	2	2	33	4	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	40	122	
14	5	4	5	3	5	4	5	31	5	4	3	4	3	3	4	4	30	5	5	4	14	4	5	5	4	5	3	5	4	5	5	4	3	4	56	3	3	4	4	5	5	4	4	5	4	5	4	46	177	
15	4	3	3	2	3	5	2	22	4	4	3	4	4	4	4	3	30	5	5	4	14	5	5	4	3	3	2	3	5	2	4	4	3	4	47	4	4	4	3	5	5	4	5	5	5	5	49	162		
16	3	3	2	1	3	1	2	15	1	2	3	3	4	3	3	2	21	2	4	2	8	2	3	3	3	2	1	3	1	2	1	2	3	3	29	4	3	3	2	2	4	2	2	3	2	3	30	103		
17	3	4	4	3	4	4	3	25	3	3	4	4	4	3	3	4	28	4	4	4	12	4	5	3	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	48	4	3	3	4	4	4	4	4	5	4	5	44	157		
18	2	1	2	2	3	3	1	14	1	1	1	2	3	2	3	2	15	4	5	3	12	4	5	2	1	2	2	3	3	1	1	1	1	2	28	3	2	3	2	4	5	3	4	5	4	5	40	109		
19	4	4	3	4	4	5	3	27	2	3	3	3	3	3	3	4	24	3	3	3	9	4	5	4	4	3	4	4	5	3	4	5	3	3	47	3	3	3	4	3	3	3	4	5	4	5	40	147		
20	4	3	4	4	4	1	1	21	2	1	2	2	1	1	1	1	11	2	3	1	6	2	2	4	3	4	4	4	1	1	2	1	2	2	32	1	1	1	1	2	3	1	2	2	2	2	18	88		
21	1	1	1	1	1	5	1	11	1	1	1	1	1	1	1	1	8	5	5	1	11	5	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	25	1	1	1	1	5	5	1	5	5	5	5	35	90		
22	5	3	1	1	1	5	1	17	2	3	2	3	1	1	5	3	20	5	5	4	14	5	4	5	3	1	1	1	5	1	2	3	2	3	36	1	1	5	3	5	5	4	5	4	5	4	42	129		
23	1	1	3	2	2	4	3	16	1	1	1	1	2	2	2	3	13	3	3	2	8	3	3	1	1	3	2	2	4	3	1	1	1	1	26	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	29	92		
24	1	1	1	1	1	3	1	9	1	1	1	1	1	1	1	1	8	4	3	2	9	5	4	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	22	1	1	1	1	4	3	2	5	4	5	4	31	79		
25	1	1	1	1	4	5	1	14	1	1	1	1	5	3	3	4	19	5	5	5	15	5	5	1	1	1	1	4	5	1	1	1	1	1	28	5	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	50	126	
26	3	2	3	3	3	3	2	19	2	2	2	3	4	3	3	2	21	3	4	4	11	4	4	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	36	4	3	3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	39	126		
27	4	4	3	2	3	4	4	24	4	2	4	4	4	3	3	4	28	4	4	4	12	5	4	4	4	3	2	3	4	4	4	4	2	4	4	47	4	3	3	4	4	4	4	5	4	5	4	44	155	
28	5	4	3	2	3	5	1	23	2	5	1	4	3	2	5	4	26	5	5	1	11	1	4	5	4	3	2	3	5	1	2	5	1	4	40	3	2	5	4	5	5	1	1	4	1	4	35	135		
29	5	5	5	4	5	5	4	33	4	1	3	4	5	4	5	5	31	5	5	5	15	5	5	5	5	4	5	5	4	4	1	3	4	55	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	54	188		
30	5	4	3	2	3	2	2	21	3	3	1	3	3	3	3	3	22	5	5	3	13	5	5	5	4	3	2	3	2	2	3	3	1	3	41	3	3	3	3	5	5	3	5	5	5	5	5	45	142	
31	5	5	5	4	5	5	4	33	4	1	4	4	5	4	5	5	32	5	5	5	15	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	1	4	4	56	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	54	190	
32	4	5	5	4	4	4	3	29	4	3	3	3	3	4	5	5	30	5	5	5	15	5	5	4	5	5	4	4	4	4	3	4	3	3	52	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	52	178	
33	5	5	4	4	5	4	3	30	1	1	3	3	3	3	2	3	19	3	4	4	11	5	4	5	5	4	4	5	4	3	1	1	3	3	47	3	3	2	3	3	4	4	5	4	5	4	5	4	40	147
34	5	5	4	4	5	3	3	29	1	1	3	3	3	3	4	3	21	5	5	4	14	5	4	5	5	4	4	5	3	3	1	1	3	3	46	3	3	4	3	5	5	4	5	4	5	4	45	155		
35	2	2	1	1	3	4	1	14	1	1	1	1	3	1	1	3	12	1	3	1	5	5	5	2	2	1	1	3	4	1	1	1	1	1	28	3	1	1	3	1	3	1	5	5	5	5	33	92		
36	2	3	2	3	2	3	3	18	3	3	2	2	3	3	3	3	22	2	4	3	9	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	34	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	3	33	116	
37	3	3	2	2	2	3	1	16	1	1	1	2	2	1	1	1	10	2	4	2	8	4	4	3	3	2	2	3	1	1	1	1	1	1	29	2	1	1	1	2	4	2	4	4	4	4	4	29	92	
38	3	2	3	2	3	3	1	17	1	1	3	3	3	3	3	3	20	3	4	3	10	4	4	3	2	3	2	3	3	1	1	1	3	3	33	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	38	118	
39	2	2	2	1	2	3	1	13	1	1	2	2	2	2	2	2	14	3	3	2	8	1	2	2	2	2																								

50	2	1	2	2	3	3	1	14	1	1	1	2	3	2	3	2	15	4	5	3	12	4	5	2	1	2	2	3	3	1	1	1	1	2	28	3	2	3	2	4	5	3	4	5	4	5	40	109	
51	4	4	3	4	4	5	3	27	2	3	3	3	3	3	3	4	24	3	3	3	9	4	5	4	4	3	4	4	5	3	2	3	3	3	47	3	3	3	4	3	3	3	4	5	4	5	40	147	
52	4	3	4	4	4	1	1	21	2	1	2	2	1	1	1	1	11	2	3	1	6	2	2	4	3	4	4	4	1	1	2	1	2	2	32	1	1	1	1	2	3	1	2	2	2	2	18	88	
53	1	1	1	1	1	5	1	11	1	1	1	1	1	1	1	1	8	5	5	1	11	5	5	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	25	1	1	1	1	5	5	1	5	5	5	5	35	90		
54	5	3	1	1	1	5	1	17	2	3	2	3	1	1	5	3	20	5	5	4	14	5	4	5	3	1	1	1	5	1	2	3	2	3	36	1	1	5	3	5	5	4	5	4	5	4	42	129	
55	1	1	3	2	2	4	3	16	1	1	1	1	2	2	2	3	13	3	3	2	8	3	3	1	1	3	2	2	4	3	1	1	1	26	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	29	92		
56	1	1	1	1	1	3	1	9	1	1	1	1	1	1	1	1	8	4	3	2	9	5	4	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	22	1	1	1	1	4	3	2	5	4	5	4	31	79		
57	1	1	1	1	4	5	1	14	1	1	1	1	5	3	3	4	19	5	5	5	15	5	5	1	1	1	1	4	5	1	1	1	1	28	5	3	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	50	126	
58	3	2	3	3	3	3	2	19	2	2	2	3	4	3	3	2	21	3	4	4	11	4	4	3	2	3	3	3	2	2	2	2	3	36	4	3	3	2	3	4	4	4	4	4	4	39	126		
59	4	4	3	2	3	4	4	24	4	2	4	4	4	3	3	4	28	4	4	4	12	5	4	4	4	3	2	3	4	4	4	2	4	4	47	4	3	3	4	4	4	4	5	4	5	4	44	155	
60	5	4	3	2	3	5	1	23	2	5	1	4	3	2	5	4	26	5	5	1	11	1	4	5	4	3	2	3	5	1	2	5	1	40	3	2	5	4	5	5	1	1	4	1	4	1	4	35	135
61	5	5	5	4	5	5	4	33	4	1	3	4	5	4	5	5	31	5	5	5	15	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	1	3	4	55	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	54	188
62	5	4	3	2	3	2	2	21	3	3	1	3	3	3	3	3	22	5	5	3	13	5	5	5	4	3	2	3	2	2	3	3	1	3	41	3	3	3	3	5	5	3	5	5	5	5	5	45	142
63	5	5	5	4	5	5	4	33	4	1	4	4	5	4	5	5	32	5	5	5	15	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	1	4	4	56	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	54	190
64	4	5	5	4	4	4	3	29	4	3	3	3	3	4	5	5	30	5	5	5	15	5	5	4	5	5	4	4	4	3	4	3	3	3	52	3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	52	178
65	5	5	4	4	5	4	3	30	1	1	3	3	3	3	2	3	19	3	4	4	11	5	4	5	5	4	4	5	4	3	1	1	3	3	47	3	3	2	3	3	4	4	5	4	5	4	40	147	
66	5	5	4	4	5	3	3	29	1	1	3	3	3	3	4	3	21	5	5	4	14	5	4	5	5	4	4	5	3	3	1	1	3	3	46	3	3	4	3	5	5	4	5	4	5	4	45	155	
67	2	2	1	1	3	4	1	14	1	1	1	1	3	1	1	3	12	1	3	1	5	5	5	2	2	1	1	3	4	1	1	1	1	28	3	1	1	3	1	3	1	5	5	5	5	33	92		
68	2	3	2	3	2	3	3	18	3	3	2	2	3	3	3	3	22	2	4	3	9	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	34	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	3	33	116	
69	3	3	2	2	2	3	1	16	1	1	1	2	2	1	1	1	10	2	4	2	8	4	4	3	3	2	2	2	3	1	1	1	1	29	2	1	1	1	2	4	2	4	4	4	4	4	29	92	
70	3	2	3	2	3	3	1	17	1	1	3	3	3	3	3	3	20	3	4	3	10	4	4	3	2	3	2	3	3	1	1	1	3	3	33	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	4	4	38	118
71	2	2	2	1	2	3	1	13	1	1	2	2	2	2	2	2	14	3	3	2	8	1	2	2	2	2	1	2	3	1	1	1	2	2	22	2	2	2	2	3	3	2	1	2	1	2	22	79	
72	4	5	1	2	4	3	4	23	3	2	3	2	3	2	3	4	22	5	5	4	14	5	5	4	5	1	2	4	3	4	3	2	3	2	43	3	2	3	4	5	5	4	5	5	5	5	46	148	
73	2	1	2	3	2	3	3	16	2	3	2	1	2	1	1	3	15	2	1	2	5	1	2	2	1	2	3	2	3	3	2	3	2	1	27	2	1	1	3	2	1	2	1	2	1	2	18	81	
74	5	5	3	1	5	5	3	27	4	4	3	4	4	4	4	4	31	5	5	3	13	5	5	5	5	3	1	5	5	3	4	4	3	4	52	4	4	4	4	5	5	3	5	5	5	5	49	172	
75	3	3	3	2	3	1	1	16	1	2	2	2	2	2	2	3	16	4	3	3	10	2	2	3	3	3	2	3	1	1	1	2	2	2	27	2	2	2	3	4	3	3	2	2	2	2	27	96	

Anexo 7. Reporte de turnitn



ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran
en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin
De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

AUTOR:

Rubén Tasayco Quintana (orcid.org/0000-0002-3535-0735)

ASESOR:

Dr. Vértiz Osores, Jacinto Joaquín (orcid.org/0000-0003-2774-1207)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los servicios de la salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA - PERÚ

2023





	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Preg.1	Numérico	8	0	1.- El personal se apoya ...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
2	Preg.2	Numérico	8	0	2.- Tenemos suficiente p...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
3	Preg.3	Numérico	8	0	3.- Cuando tenemos muc...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
4	Preg.4	Numérico	8	0	4.- En este servicio nos tr...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
5	Preg.5	Numérico	8	0	5.- A veces, no se puede ...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
6	Preg.6	Numérico	8	0	6.- Tenemos actividades ...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
7	Preg.7	Numérico	8	0	7.-Tenemos más persona...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
8	Preg.8	Numérico	8	0	8.- Si los compañeros o l...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
9	Preg.9	Numérico	8	0	9.- Cuando se detecta al...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
10	Preg.10	Numérico	8	0	10.- Solo por casualidad ...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
11	Preg.11	Numérico	8	0	11.- Cuando alguien está ...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
12	Preg.12	Numérico	8	0	12.- Cuando se informa d...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
13	Preg.13	Numérico	8	0	13.- Después de introduci...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
14	Preg.14	Numérico	8	0	14.- Trabajamos bajo pre...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
15	Preg.15	Numérico	8	0	15.- La seguridad del pac...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
16	Preg.16	Numérico	8	0	16.- El personal teme qu...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
17	Preg.17	Numérico	8	0	17.- En el servicio tenem...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
18	Preg.18	Numérico	8	0	18.- Nuestros procedimie...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
19	Preg.19	Numérico	8	0	19.- Mi superior hace co...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
20	Preg.20	Numérico	8	0	20.- Mi superior tiene en ...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
21	Preg.21	Numérico	8	0	21.- Cuando la presión de...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
22	Preg.22	Numérico	8	0	22.- Mi superior no hace ...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada



	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
22	Preg.22	Numérico	8	0	22.- Mi superior no hace ...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
23	Preg.23	Numérico	8	0	23.- La dirección de este ...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
24	Preg.24	Numérico	8	0	24.- los servicios de este ...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
25	Preg.25	Numérico	8	0	25.- La información de lo...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
26	Preg.26	Numérico	8	0	26.- Hay buena cooperaci...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
27	Preg.27	Numérico	8	0	27.- A menudo se pierde ...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
28	Preg.28	Numérico	8	0	28.- En este hospital, co...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
29	Preg.29	Numérico	8	0	29.-Con frecuencia es pro...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
30	Preg.30	Numérico	8	0	30.- Las acciones de la d...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
31	Preg.31	Numérico	8	0	31.- La dirección solo par...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
32	Preg.32	Numérico	8	0	32.- Los servicios del hos...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
33	Preg.33	Numérico	8	0	33.- Los cambios de turn...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
34	Preg.34	Numérico	8	0	34.- Se nos informa sobr...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
35	Preg.35	Numérico	8	0	35.- Cuando el personal v...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
36	Preg.36	Numérico	8	0	36.- Se nos informa de lo...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
37	Preg.37	Numérico	8	0	37.- El personal se siente...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
38	Preg.38	Numérico	8	0	38.- En este servicio, dis...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
39	Preg.39	Numérico	8	0	39.- El personal tiene mie...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
40	Preg.40	Numérico	8	0	40.- Se registran y/o repo...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
41	Preg.41	Numérico	8	0	41.- Se registran y/o repo...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
42	Preg.42	Numérico	8	0	42.- Se registran y/o repo...	{1, Nunca}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
43											



	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	d11	Numérico	8	0	Resultados de la cultura de seg...	{1, Cultura d...	Ninguno	9	Derecha	Nominal	Entrada
2	d12	Numérico	8	0	Comunicación	{1, Cultura d...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	d13	Numérico	8	0	Gestión / dirección	{1, Cultura d...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	d14	Numérico	8	0	Supervisión	{1, Cultura d...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	d15	Numérico	8	0	Trabajo en equipo	{1, Cultura d...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	V1	Numérico	8	0	Cultura de seguridad del paciente	{1, Cultura d...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											

Figura 1

Frecuencia Cultura de seguridad del paciente, En enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.

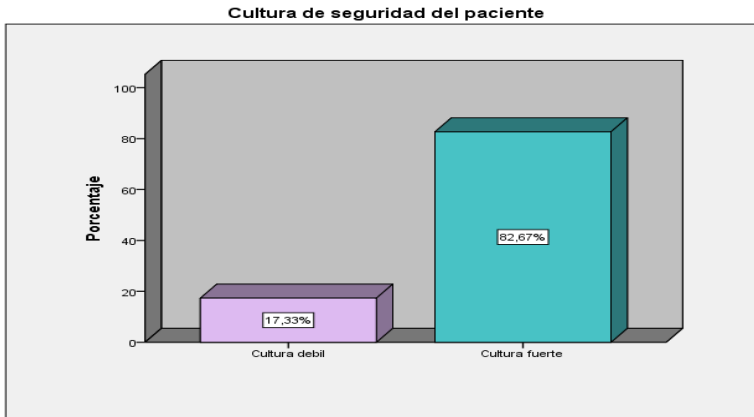


Figura 2

Frecuencia Resultados de la cultura de seguridad en enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.

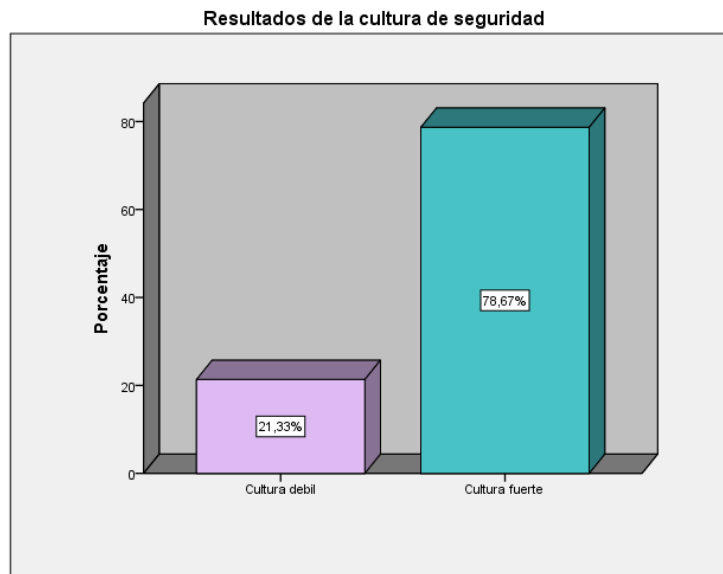


Figura 3

Frecuencia Comunicación en la enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.

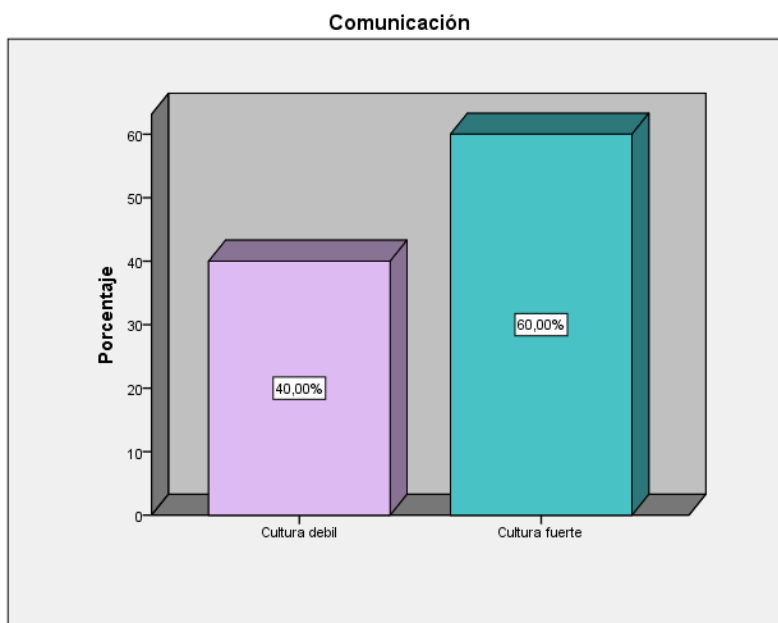


Figura 4

Frecuencia Gestión y Dirección en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.

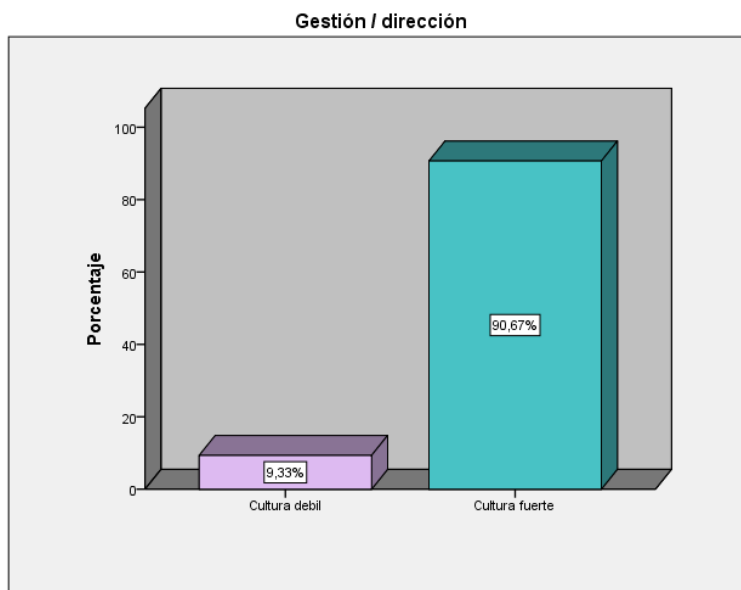


Figura 5

Frecuencia Supervisión en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.

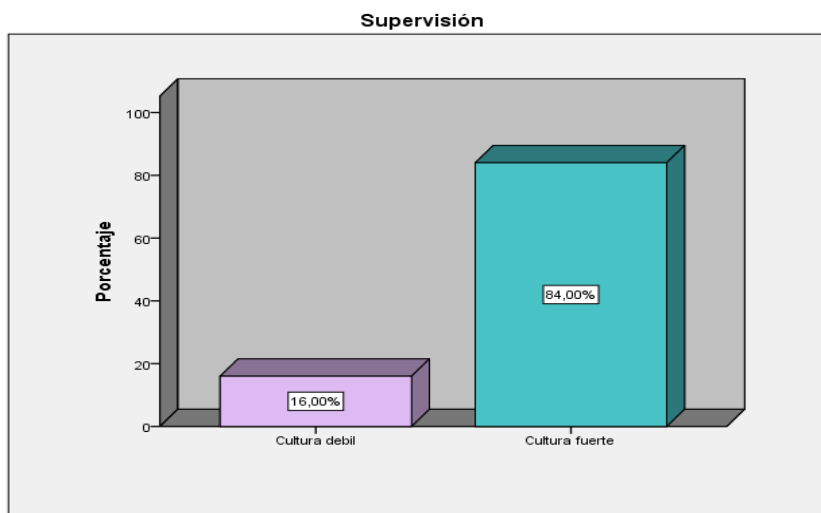


Figura 6

Frecuencia Trabajo en equipo en las enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Guillermo Kaelin De La Fuente en Villa María del Triunfo, junio 2018.

