



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Cultura de seguridad del paciente en el Centro
Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Nancy Isabel Ccencho Salcedo

ASESORA:

Mg. Miluska Vega Guevara

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones de Salud

LIMA-PERU

2017

Dra.
Estrella Esquiagola Aranda
Presidenta

Dra.
Flor de María Sánchez Aguirre
Secretaria

Mg. Miluska Vega Guevara
Vocal

Dedicatoria

A mi familia y en especial a mi hijo ya que es la luz de mis ojos, angelito lindo caído del cielo, el tesoro más preciado que me ha regalado Dios.

Jeampiere.

Agradecimientos

Reconocimiento especial a los docentes de la Universidad César Vallejo que a través de este tiempo me han brindado sus conocimientos, asimismo agradecimiento especial al Centro Materno Infantil Juan Pablo II, por permitirme realizar el presente trabajo de investigación.

Declaración de Autoría

Yo, Nancy **Isabel Ccencho** Salcedo, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado “Cultura de seguridad del paciente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017” presentada, en 119 folios para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 23 de Setiembre del 2017

Nancy Isabel Ccencho Salcedo

DNI: 1041850804

Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se presenta la tesis “Cultura de Seguridad del paciente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017”, que tuvo como objetivo describir como es la cultura de seguridad del paciente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, ya que actualmente, los escasos estudios en este tema y la falta de socialización de la misma hacen que se tome como objeto de estudio.

El presente trabajo ha sido estructurado en siete capítulos, de acuerdo al formato proporcionado por la Escuela de posgrado. En el capítulo I denominado introducción, se presentan los antecedentes y fundamentos teóricos, la justificación, el problema, y los objetivos de la investigación. En el capítulo II, se señalan los aspectos metodológicos utilizados en la investigación, en el capítulo III la descripción de los resultados, asimismo en el capítulo IV se presenta las discusiones, en el capítulo V las conclusiones, en el capítulo VI las recomendaciones. El capítulo VII señala las referencias bibliográficas y finalmente el capítulo VIII contiene los apéndices como el artículo científico, la matriz de consistencia, carta de aceptación de la institución, matriz de datos, instrumentos, y certificados de validez del instrumento.

Se concluyó que aún no hay una cultura positiva en la seguridad del paciente, que se encuentra en proceso y más bien tiene falencias que deben ser fortalecidas por los directivos en cooperación con los trabajadores del Centro materno infantil Juan Pablo II. Asimismo respecto a las 12 dimensiones estudiadas y siguiendo los criterios de clasificación propuestos por la AHQR, ninguna de las dimensiones se constituyó en fortalezas ni en oportunidades de mejora.

La autora

Índice

	Pàg.
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	ix
Abstract	x
I. Introducción	
1.1 Antecedentes	13
1.2 Fundamentación científica	17
1.3 Justificación	30
1.4 Problema	32
1.5 Objetivos	36
II. Marco metodológico	
2.1 Variable	39
2.2 Operacionalización de la variable	39
2.3 Metodología	41
2.4 Tipo de estudio	42
2.5 Diseño	42
2.6 Población, muestra y muestreo	42
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	43
2.8 Métodos de análisis de datos	47
III. Resultados	
3.1 Descripción de resultados	49
IV. Discusión	63
V. Conclusiones	67

VI.	Recomendaciones	72
VII.	Referencias Bibliográficas	75
VIII	Anexos	
	Anexo 1. Artículo científico	81
	Anexo 2. Matriz de consistencia	91
	Anexo 3. Matriz de operacionalización de la variable	95
	Anexo 4. Instrumento	98
	Anexo 5. Certificado de validez del instrumento	102
	Anexo 6. Matriz de datos	107
	Anexo 7. Constancia emitida por la institución que acreditó la realización del estudio in situ	116
	anexo 8:Tabla de validez de instrumento	119

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1. Matriz de operacionalización de la variable cultura de seguridad	40
Tabla 2. Población de trabajadores del CMI Juan Pablo II	43
Tabla 3. Confiabilidad del instrumento – Alfa de Cronbach	46
Tabla 4. Trabajo en equipo dentro del aérea o servicio	49
Tabla 5. Expectativas y acciones del supervisor	50
Tabla 6. Aprendizaje organizacional para la mejora	51
Tabla 7. Percepción del apoyo de la dirección	52
Tabla 8. Percepción general de la seguridad del paciente	53
Tabla 9. Retroalimentación, comunicación y apoyo de la dirección	54
Tabla 10. Apertura a la comunicación	55
Tabla 11. La frecuencia de reporte de incidencias de seguridad del paciente	56
Tabla 12. Trabajo en equipo entre las aéreas	57
Tabla 13. Suficiencia, disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente	58
Tabla 14. Cambio de turno transferencias y transacciones	59
Tabla 15. Respuesta no punitiva de errores	60
Tabla 16. Respuestas positivas	61
Tabla 17. Respuestas negativas	62

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo fundamental describir la cultura de seguridad del paciente del Centro Materno Infantil Juan Pablo II durante el año 2017.

La investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo y fue de tipo básica de nivel descriptivo, por lo que se aplicó un diseño no experimental de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por los trabajadores del centro materno infantil Juan Pablo II, el instrumento utilizado para el recojo de datos fue el cuestionario y la técnica empleada la encuesta. La muestra estuvo conformada por 123 trabajadores del centro materno infantil Juan Pablo II. De los resultados obtenidos, se encontró en los resultados de acuerdo a los datos las cuales evidenciaron que no hubo fortalezas ni oportunidades de mejora según los criterios de la AHQR para catalogar como fortaleza ni como oportunidad de mejora en ninguna de las dimensiones.

Finalmente se concluyó que aún no hay una cultura positiva en cuanto a la cultura de seguridad del paciente que está en proceso y más bien tiene falencias que deben ser fortalecidas por los directivos en cooperación con los trabajadores del Centro materno infantil Juan Pablo II. Asimismo respecto el nivel de las 12 dimensiones estudiadas es el trabajo en equipo dentro del área o servicio fue la que mostro el nivel más alto con un 61.0% de respuestas positivas, seguida del aprendizaje organizacional para la mejora continua al 58.9%.

Palabras clave: cultura de seguridad, seguridad, error.

Abstract

The main objective of this research was to describe the patient safety culture of the Juan Pablo II Mother and Child Center during 2017.

The research was developed with a quantitative approach and was a basic type of descriptive level, so a non-experimental cross-sectional design was applied. The study population consisted of the workers of the Juan Pablo II maternal and child center, the instrument used to collect data was the questionnaire and the technique used in the survey. The sample consisted of 123 workers from the Juan Pablo II maternal and child center. Of the results obtained, 123 workers were found in the results according to the data which showed that strengths were not yet evident and as opportunities for improvement teamwork was found through the units or services, that 85.4% of the workers of the Maternal and Child Center Juan Pablo II did not report any incident in the last twelve months a culture of moderate security and as an opportunity for improvement, found in the results according to the data which showed that there were no strengths or opportunities for improvement according to the criteria of the AHQR to catalog as a strength or as an opportunity for improvement in any of the dimensions

Finally, it was concluded that there is not yet a positive culture in terms of the patient safety culture that is in process and rather has shortcomings that must be strengthened by the directors in cooperation with the workers of the Juan Pablo II Mother and Child Center. Likewise, regarding the level of the 12 dimensions studied, teamwork within the area or service was the one that showed the highest.

Keywords: safety culture, safety, error.

I. Introducción

1.1. Antecedentes

1.1.1. Antecedentes internacionales.

Mir, Falco y de la Puente (2016) realizó el estudio *Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas*. Fue un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de tipo descriptivo y de corte transversal, cuyo objetivo principal fue describir las actitudes frente a la cultura de la seguridad en trabajadores de un hospital y la influencia de variables sociodemográficas y profesionales, cuya muestra estuvo conformada por 276 profesionales y auxiliares de enfermería, los datos fueron recogidos a través de un cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, tomaron como base doce dimensiones. Utilizando la técnica de la encuesta, consideraron como fortalezas más del 75% de respuestas positivas y como oportunidad de mejora más del 50% de respuestas negativas, obteniendo como resultado que 123 calificó la cultura de seguridad entre 7 y 8 de una puntuación del uno a diez, el 53% no realizó ninguna declaración de incidente en el último año, como fortaleza se identificó el trabajo en equipo en la unidad o servicio y como oportunidad de mejora, dotación de personal. Se obtuvo una cultura más positiva en los servicios ambulatorios, en profesionales de enfermería y en contratación de jornada laboral parcial, concluyendo que se midió la cultura de seguridad y esto permitió que se realice seguimiento y orientación adecuada en las estrategias de mejora para los puntos débiles y fuertes.

Orkaizagirre (2016) realizó el estudio *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias*, El enfoque de estudio fue cuantitativo, fue de diseño no experimental de tipo descriptivo y de corte transversal cuyo objetivo principal fue medir la cultura de seguridad de las enfermeras hospitalarias. La muestra fue de 260 personas y el instrumento utilizado fue el cuestionario cuyos datos fueron recogidos a través de una encuesta estructurada, *College of Education and Human Service Professions*, tomaron como base doce dimensiones. Que midió la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias con escala de medición tipo Likert obteniendo como resultado que: Fortalezas son el

trabajo en equipo, expectativas y acciones en la supervisión y que favorecen la seguridad y las debilidades son dotación de personal, apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente y percepción de seguridad, la calificación del clima de seguridad fue 7.2 para determinar el clima de seguridad y la baja valoración sobre el apoyo de los mandos gerenciales del hospital.

López, Puentes y Ramírez (2016) realizaron el estudio *medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta*. El enfoque de estudio fue cuantitativo, fue de diseño no experimental de tipo descriptivo y de corte transversal cuyo objetivo principal fue describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel que funciona en la ciudad de Villeta. La muestra fue de 81 personas y el instrumento utilizado fue el cuestionario 'Hospital Survey on Patient Safety Culture', diseñado por la The Agency for Healthcare Research and Quality's, versión en español, cuyos datos fueron recogidos a través de una encuesta estructurada a través de un formato de 51 preguntas que describió la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel que funciona en la ciudad de Villeta con una escala de medición tipo Likert tomaron como base doce dimensiones. Obteniendo como resultado que: Las dimensiones que tuvieron mejor puntuación y catalogadas como fortaleza fueron: el aprendizaje organizacional, las mejoras permanentes y el apoyo que brindan los administradores para la seguridad del paciente en cambio las dimensiones en mejora fueron: transferencia y transiciones, el personal y la no respuesta punitiva a error, concluyendo para mejorar la dimensión de la respuesta no punitiva a errores es conveniente cambiar de enfoque de buscar la culpabilidad individual como solución y más bien se debe encaminar esfuerzos a mejorar los procesos en la búsqueda de sistemas seguros, mejorar estilos de liderazgo de los supervisores para que sea asertiva para que fluya y sea participativa y por ultimo desarrollar protocolos que permitan evitar eventos adversos.

Giménez (2013) realizó la investigación *análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón*. El estudio fue de enfoque mixto, no experimental de corte transversal cuyo objetivo principal fue analizar la cultura de seguridad del paciente

entre los profesionales con responsabilidades relacionadas en la dirección y gestión en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón. Los datos fueron recogidos a través de la aplicación de un cuestionario y el desarrollo de entrevistas semiestructuradas, cuya muestra estuvo conformada por 175 profesionales con puestos directivos y de gestión, la cultura de seguridad fue adecuada, como aspectos positivos las actitudes directivas frente a la seguridad del paciente mientras que como negativos fue la escasa participación de los pacientes, participación de los profesionales, compromiso de la organización, la existencia de mecanismos de respuesta inmediata para informar al paciente y a su familia ante la aparición de eventos adversos graves, la inexistencia de asesoría profesional cuando ha ocurrido un incidente relacionado con la seguridad del paciente y la no utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y de equipo en entornos de alto riesgo y en las entrevistas semiestructuradas se toma importancia al despliegue de la estrategia de seguridad del paciente, la cultura de la culpa y gestión de riesgos y la supervisión. Concluyendo que la cultura de seguridad del paciente fue adecuada, que la capacidad de liderazgo y el conocimiento de las líneas de actuación en prácticas seguras son fundamentales para lograr un despliegue efectivo de estrategias de seguridad del paciente en la organización donde desempeñan las funciones directivas.

Giraldo y Montoya (2013) realizaron la investigación *Cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia Colombia*. Fue de enfoque cuantitativo y un diseño no experimental de corte transversal, cuyo objetivo principal fue evaluar la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia Colombia y tuvo una muestra de 44 empleados tanto asistenciales como administrativos. El instrumento que utilizaron fue un cuestionario llamado "*Hospital Survey on Patient Safety Culture*" (HSPSC) desarrollado por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) con una escala de medición tipo Likert tomaron como base doce dimensiones (Trabajo en equipo dentro del área o servicio, expectativas y acciones del supervisor / jefe para promover la seguridad de los pacientes, aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad, apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente, percepción general sobre la seguridad del

paciente, retroalimentación, comunicación e información al personal sobre errores relacionados con la seguridad del paciente en el hospital, grado de apertura de la comunicación, frecuencia del reporte de incidentes de seguridad, trabajo en equipo entre las áreas o servicios, personal, problemas en cambios de turno y transferencia de pacientes, respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal), obteniendo como resultado que como fortaleza se tiene el 80% el trabajo en equipo en la unidad o servicio, el 75% como las expectativas y acciones de la dirección y como oportunidad de mejora al aprendizaje organizacional y apoyo de la gerencia con un 72%, y las debilidades la respuesta punitiva al error con un 44%, las transferencias y transiciones con un 45%. Concluyeron que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en los conceptos y paradigmas, que requiere mejorar algunas prácticas del personal de salud, así como el concepto de jerarquización, la comunicación, la respuesta punitiva al error, las relaciones entre áreas o unidades de trabajo, el proceso entre los cambios de turno, el liderazgo y compromiso de la alta dirección y entre otros, que faciliten mejorar la cultura del reporte de eventos adversos y entender e internalizar que la seguridad como un asunto de responsabilidad compartida.

1.1.2. Antecedentes nacionales

Figuroa (2016) en la tesis *Cultura de seguridad del paciente por enfermeras y su relación con los eventos adversos en el servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa, Pueblo Libre- 2016*. El enfoque que realizó fue de tipo cuantitativo no experimental de corte transversal que tuvo como objetivo determinar la relación que existió entre la cultura de seguridad del paciente por las enfermeras y los eventos adversos en el servicio de emergencia. La muestra estuvo constituida por 30 enfermeras que laboran en el servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Obteniendo como resultado que hubo una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente por las enfermeras y su relación con los eventos adversos en el servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa, Pueblo Libre- 2016 con una relación de ($r=0.87$).

Martin y Magallanes (2016) realizaron el estudio *Clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del instituto nacional de salud mental Honorio delgado- Hideyo Noguchi*. El estudio fue de enfoque cuantitativo cuantitativa de diseño no experimental correlacional, y tuvo como objetivo determinar la relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del instituto nacional de salud mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi. La muestra estuvo representada por 141 profesionales entre médicos y enfermeras y se llegó a la conclusión de que ambas variables tienen una relación significativa ($p=0.003$; p menor a 0.05).pero que su relación es baja ($r=0.71$).

Alvarado (2014) realizó el estudio *Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval*. La investigación fue de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental y correlacional y cuyo objetivo principal fue determinar la relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval. Utilizó una muestra de por 234 entre médicos y enfermeras, se utilizó la escala de Clima Organizacional de Carlos Cáceres y el Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Surveyon Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, como resultado se obtuvo que el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente se encuentran relacionados significativamente ya que tuvieron una relación significativa ($r=0.71$) y que los médicos toman mayor importancia al clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente respecto de las enfermeras.

1.2. Fundamentación científica

A continuación, se presentan los diferentes conceptos y teorías asociadas con la cultura de seguridad del paciente, se definen además las dimensiones que permitieron su medición, los modelos como el modelo centrado en la persona y modelo centrado en el sistema y la teoría que lo sustenta amparado bajo el principio de estrategias para minimizar los incidentes se dirige a la búsqueda de las causas,

presentando además el Modelo del queso suizo de Reason (2000) como sustento para la variable cultura de seguridad del paciente.

1.2.1 Cultura de seguridad del paciente

Antes de iniciar el estudio de la variable cultura de seguridad del paciente se requiere realizar el análisis de lo que significa el s cultura de seguridad para poder contextualizar adecuadamente la variable de estudio.

La cultura de seguridad del paciente ha sido una preocupación a nivel mundial, desde hace más de una década, en el 2004 se acordó crear la alianza mundial para la seguridad y esto ha permitido adoptar diferentes estrategias en la seguridad del paciente, es por ello también que la Organización Mundial de la Salud (OMS) el año 2002 insto a los estados miembros a prestar la mayor atención posible al problema de seguridad del paciente y a establecer y consolidar sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de atención en salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología por otro lado también se solicitaba que se tome la iniciativa para definir normas y patrones mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para concebir y poner en práctica normas de actuación correcta. En el año 2005 el consejo Europeo presentaron un reto la declaración de Varsovia sobre la seguridad del paciente en la que recomienda abordar este problema a escala nacional desarrollando una cultura de seguridad del paciente con enfoque sistémico y sistemático, implantando sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones e implicando a pacientes y ciudadanos en el proceso, a través del Comité Europeo de sanidad se perfilaron indicaciones sobre la seguridad del paciente y donde se indica que la seguridad del paciente se sitúa en el centro de todas las políticas sanitarias pertinentes.

La unión europea a través de la declaración de Luxemburgo, reconoce que el acceso a la asistencia sanitaria de alta calidad es un derecho humano fundamental. La Organización Panamericana de la salud ha creado una red de líderes regionales en la seguridad del paciente, adhiriéndose a los retos y encargándose de coordinar en la región panamericana el estudio de seguridad en hospitales de Latinoamérica.

También las principales instituciones en el ámbito de la acreditación y certificación son las que también han adoptado esta cultura y han incorporado elementos de seguridad del paciente en sus estándares de actuación.

Cultura

Pearson (2004) estableció que la cultura es un estilo de vida y consiste en los patrones socialmente adquiridos de pensamiento, sentimiento, y acción. Por su parte Vera (2011) toma conceptos que planteo Triandis, Markus, Kitayama y Heyman en la cual propusieron que la cultura de seguridad se caracteriza por un estilo y una regularidad de conductas y reglas de acción. Sin embargo no todos los patrones de conductas regulares que se encuentran en una sociedad son producto elecciones valorativas, la cultura se concibe como un conjunto de conocimientos compartidos por un grupo de individuos que tienen una historia común y participan en una estructura social Así la cultura se refiere entonces a los patrones de conducta que se producen porque las personas valoran y siguen ciertas normas y orientaciones de acción. Estos valores compartidos juegan roles claves para el funcionamiento psicológico de los individuos y aquellos que son centrales se reflejan en los textos y en las conductas colectivas. Este autor aseguro además que la cultura objetiva que consiste en patrones de conducta en un habitad y la cultura subjetiva, como estructuras de significado compartidos y los componentes de la cultura subjetiva serian: (a) Las creencias: lo que es como se designe (categorías, lenguaje, estructura de creencias) y evalúa actitudes, (b) Los roles: Las conductas esperadas y proscritas para los sujetos tienen posiciones defendidas en la estructura social, (c) Las normas: reglas y respectivas que regulan conductas, creencias y emociones deseables e indeseables para los miembros de la cultura y (d) Los valores: los fines y principios relevantes en la vida, con los que las personas evalúan lo que es deseable, bueno, bello y que sirve de guía de la conducta diaria o como enunciados acerca de cómo deben ser las cosas.

Seguridad del paciente

Hipócrates en su máxima *primum non nocere* (primero es no hacer daño) en el siglo V ya deja constancia el tema de error en medicina y de la seguridad del paciente. Posterior a esto Florence Nightingale deja en su libro *Notas sobre Hospitales*, que trata sobre la correlación entre las técnicas sanitarias y las instalaciones médicas luego Ernesto Codman (1910) implementó padrones hospitalarios para mejorar la calidad y la seguridad de atención del paciente en 1917. Este término error tocado fue en 1999, cuando el Instituto de Medicina (IOM) de la academia Nacional de ciencias de Estados Unidos Publico el informe “*Tor Err is Human*” de James Reason en la cual se informa que según las estadísticas que cada año en estados unidos los errores médicos ocasionaban la muerte de hasta 98.000 pacientes, cifra superior a los accidentes de tránsito, cáncer de mama o sida. Para Mérida y Moreno, (2012), la seguridad del paciente es la ausencia o reducción, para un paciente, de daño innecesario potencial asociado con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable. Asegurar la seguridad de los pacientes supone un proceso por el cual una organización proporciona cuidados seguros a los pacientes e involucra el establecimiento de sistemas operativos, elementos estructurales y procesos que reduzcan el riesgo de daño innecesario asociado con la atención sanitaria mínima aceptable. A esto se adiciona todas la repercusiones directas e indirectas que se suscitan como las económicas, para el paciente y para la organización, como son hospitalizaciones adicionales, demandas judiciales, infecciones intrahospitalarias, el dolor de los pacientes y sus familiares. Por su parte a atención sanitaria es una actividad muy compleja que entraña numerosos riesgos y por esto para mejorar la seguridad del paciente es necesario poner los riesgos de manifiesto y para obtener información es indispensable la notificación por parte de los profesionales y realizar investigaciones componentes de los problemas relacionados con ella. Y para la World WHO (2017) es la ausencia de daño prevenible durante la atención en los servicios de la salud.

Conceptualización de la cultura de seguridad del paciente.

La cultura de seguridad de acuerdo con la Agencia para la calidad y cuidado de la salud, es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias individuales o colectivos y los patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y competencia de una organización de salud en la promoción de seguridad. (AQRH, 2005). Por su parte la International Classification for Patient Safety (ICPS 2009) lo define como la prevención y mitigación de daño causado por errores de omisión o comisión asociados al cuidado. Sin embargo para Mérida y Moreno (2012) fueron los que fundamentaron la variable de cultura de seguridad del paciente definiéndola como al conjunto de valores, actitudes y comportamientos predominantes que caracterizan el funcionamiento de grupo o una organización esta cultura de seguridad debe extenderse entre todos los profesionales. Para ello debe implantarse políticas y procedimientos basados en el análisis de los tipos de errores que tiene la organización, de modo que, cuando se produzca un evento adverso, el profesional sepa que debe informar de ello y que no va recibir una sanción por ese motivo. Este es probablemente el mayor cambio. Mientras que para Alvarado, la cultura de la seguridad, es el conjunto de valores, normas, ética y patrones de conducta aceptables, que pretende en base a la autodisciplina fortalecer la seguridad más allá de los requisitos jurídicos y reglamentarios. Por lo tanto, la cultura de la seguridad tiene que ser consustancial a los pensamientos y acciones de todos los individuos en todos los niveles de una organización. Para el libro blanco de cultura de seguridad, la cultura de seguridad es la combinación de los valores, actitudes, competencias y modos de comportamiento, tanto individual como de grupos, y que van a determinar el modelo y competencia de la gestión de seguridad en un organización .En otras palabras, es la forma en como la seguridad es percibida, valorada y priorizada en una organización, la cual está relacionada con los sistemas de supervisión y de conducta de las personas en el trabajo, resaltando en el apoyo de cada uno de los individuos en todos los ámbitos de la organización, para desarrollarse y aprender de los errores, incidentes y accidentes” ENAIRE (2016).

Conceptualización de calidad asistencial.

Este concepto se remonta todavía en los inicios de la historia la cual se remonta al código de Hamurabi si un operario de construcción civil construía mal una casa y mataba a los ocupantes él también era ejecutado luego aproximadamente en los años 1400 en la época de los descubrimientos, mataban al conductor del avión o barco que lo hacía mal en la revolución industrial aparece Henry Ford (Taylorismo) en la cual una parte se ocupa de pensar y planificar y otra se ocupa de ejecutar, otra a inspeccionar y se ocupa de seleccionar que los defectuosos no lleguen a la meta final. Ya en el siglo XX surge el concepto moderno de calidad promovido por el mundo empresarial, y es así que Edward Deming acuña el término de aseguramiento de calidad. La calidad es un procedimiento organizado que tenemos que llevar a un proceso productivo y en 1995 Fiegenbaum publicó su libro control total, así se expone por primera vez se expone el concepto de que la organización debe involucrarse en la búsqueda de la calidad.

La rueda de Deming es un modelo creado por Edward Deming o ciclo de mejora continua es un esquema circular de resolución de problemas y de mejora que consta de cuatro pasos: comprobar, actuar, planificar y ejecutar la aérea de salud nace de la necesidad de medir lo que se hace y como se hace. Y finalmente según *la Institute of Medicine (IOM)*, 2000 la calidad en la atención sanitaria es aquella que es efectiva en la mejora del nivel de salud y grado de satisfacción de la población. Ahora gestionar la calidad asistencial significa asegurar que la asistencia prestada cumple con los criterios de calidad, (2000).

Errores en la asistencia sanitaria

Un error se define como una acción que no se realiza como se planificó o que se realizó con una planificación equivocada para la consecución de un objetivo, se clasifican en dos tipos de errores activos se producen cuando la actividad que se realiza no es la que se quería realizar. Son actos inseguros, cometidos por personas en contacto directo con los pacientes o con el sistema como (lapsus, equivocaciones, incumplimiento de protocolos, etc.) y el problema más habitual sucede cuando los profesionales sobreestiman su capacidad para

desempeñar el trabajo de forma correcta en condiciones no ideales (con cansancio, bajo presión, con stress, etc.), y latentes es un error por una inadecuada planificación, por aspectos que no se toman en cuenta en la toma de decisiones como (tiempo, formación, personal necesario, supervisión de procedimientos, cansancio, experiencias, etc.). Los errores de omisión son más difíciles de identificar que los errores que se cometen.

Los errores son actos involuntarios, no intencionados pero esta problemática se puede contemplar desde la aproximación de la persona acá se dan los eventos adversos y desde la aproximación del sistema y acá se asumen que los resultados son consecuencias o fallos del sistema y cada uno tiene un modelo de causalidad del error.

Modelos teóricos de causalidad de la cultura de seguridad de Reason.

1. Modelo centrado en la persona

Es un modelo punitivo que busca al culpable como primera acción al incidente de un error porque se tiene la plena convicción de que la persona es la causa principal del problema se indaga como primera acción quien es el culpable ya que se sobrentiende que la persona ha estado distraída, poniendo poco cuidado en la actividad que realiza, y que no son buenos profesionales y para minimizar estos errores como la mejor solución es el castigo como medida disciplinaria para que tenga más cuidado en el futuro.

Este modelo tiene deficiencias y no es el ideal para el ámbito sanitario, ya que se evidencia el error de manera aislada al sistema, ya que excelentes profesionales pueden cometer errores ya que son humanos. Reason. J, (2000).

2. Modelo centrado en el sistema

Este modelo atribuye al sistema los eventos adversos por sus deficiencias del diseño, de la organización, y del funcionamiento de la misma a diferencia del otro modelo de buscar al culpable.

La estrategia que usa para minimizar el error es dirigida a buscar las causas en el entorno asistencial y en los procedimientos insaturados. Ven al error como consecuencia mas no como causa, no se puede cambiar la condición humana sino cambiar las condiciones de trabajo y asumen que las medidas correctivas en el sistema son más productivos que castigar a la persona. Cuando se identifica las oportunidades de mejora se optan por solucionarlos diseñando circuitos y mejorando las defensas y barreras del sistema. Este modelo explicado por James Reason en su modelo del queso suizo plantea la hipótesis de que la mayoría de los accidentes son consecuencias final de la superposición de fallos desde la última línea de la defensa en diferentes niveles de la organización en un mismo momento, pasando por los fallos de la organización hasta el acto inseguro de la persona. Por esto es fundamental identificar en que aspectos o decisiones de la organización pueden haber sido un factor condicionante de un accidente, perfeccionando sus defensas en un ciclo de mejora permanente. Reason, J. (2000).

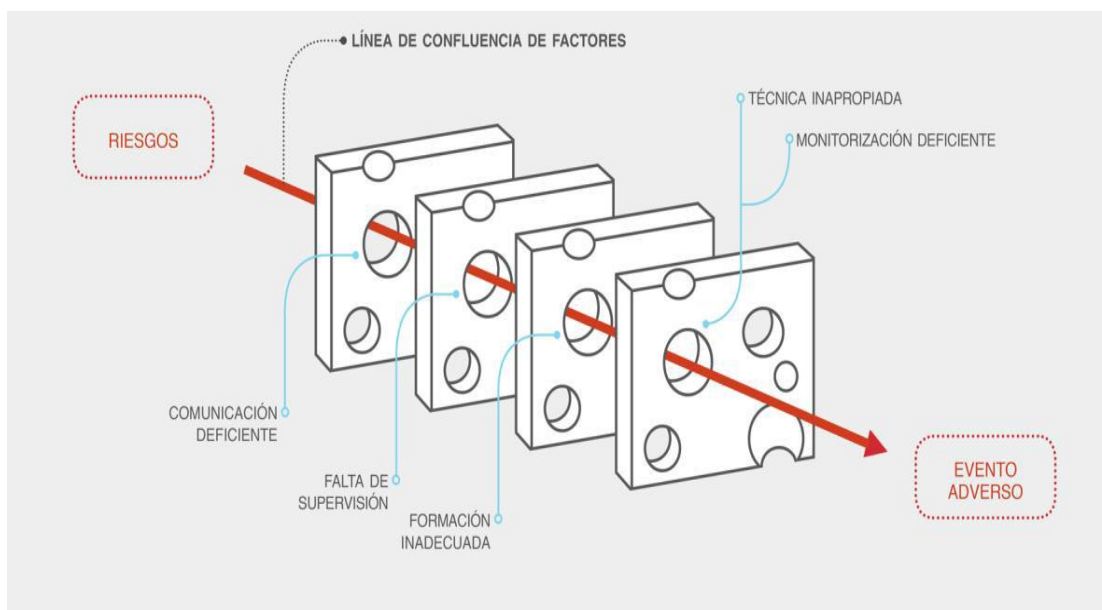


Figura. 1
Reason J. Error humano: modelos y gestión

Las lonchas de queso son las barreras, tienen muchos agujeros los cuales representan imperfecciones y si momentáneamente estos agujeros se alinean dejando libre la trayectoria crean de esta forma la oportunidad de que se produzca

el efecto adverso. Sin embargo casi todos los eventos adversos se producen por una combinación de fallos en el sistema y el error humano.

El manejo integral de los errores supone dos medidas importantes:

Implementar procesos y defensas encaminadas a reducir la probabilidad de aparición de fallos del sistema y de las personas y aumentar la probabilidad de detectarlos, por ser improbable su erradicación, en particular la de los más peligrosos.

Crear sistemas que sean capaces de tolerar la aparición de dichos errores y prevenir sus consecuencias

Cambiar la cultura de esconder los errores o de la simple reacción a los eventos adversos no sean considerados como fallos personales sino la consecuencia de la interacción de múltiples factores como oportunidades para mejorar el sistema y evitar el daño es el primer y gran paso para mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Dimensiones de la cultura de seguridad.

Para medir la variable cultura de seguridad se ha considerado las dimensiones propuestas por Reason (2000) en su modelo del queso suizo. Cada una de estas dimensiones permitirá conocer las principales barreras que se presentan en cada una de ellas, las mismas que se describen a continuación.

Primera dimensión: Trabajo en equipo.

Es importante el apoyo, respeto y solidaridad del personal de salud, para trabajar en situación normal y de sobredemanda para no cometer errores. (Reason 2000) y Agencia para la investigación y calidad en salud, 2005. Para Mérida y Moreno (2012) el trabajo en equipo promueve evitar errores y es una de las claves del éxito y de esta forma estaríamos trabajando en el enfoque sistémico, y para que no fracase necesariamente tendrá que existir un líder que aúne todas las sensibilidades del grupo y es crucial el compromiso del equipo directivo ya que

muchas soluciones que se den implicará cambios funcionales y de estructura, por lo que tendrán que ser lideradas por personas con capacidad de gestión (2013). Por tanto para Giménez es un espíritu de compañerismo, colaboración y cooperación que existe entre directivos, personal y profesionales independientes. Y por ende Las relaciones son abiertas, seguras, respetuosas y flexibles. Giménez.

Segunda dimensión: Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad del paciente.

En la cual se evidencia la percepción que se tiene sobre la importancia que se da a la seguridad del paciente por parte de los supervisores y jefes de servicio en la cual se analiza la información retroactiva, la capacidad de escucha y el grado de interés del supervisor o jefe por el tema de la seguridad del paciente y sus componentes. Reason (2000) y Agencia para la investigación y calidad en salud AHQR (2005).

Tercera dimensión: Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad.

Aquí Se explora la actitud proactiva del personal de salud, el aprendizaje a partir de los errores, la realización de acciones para mejorar y la evaluación del impacto en relación a la seguridad del paciente. Reason (2000) y Agencia para la investigación y calidad en salud AHQR (2005). Para Mérida y Moreno (2012) el aprendizaje es fundamental cualquier profesional se puede equivocar y que todas las personas cometemos errores y más bien compartir estas experiencias para evitar eventos adversos, lo que se quiere es una cultura no tan centrada en la persona sino centrado en el sistema.

Cuarta dimensión: Apoyo de la gerencia del centro materno infantil en la seguridad del paciente.

En esta dimensión se explora la percepción del interés de la dirección para priorizar y crear un ambiente laboral de seguridad del paciente y su actitud reactiva. Reason (2000) y Agencia para la investigación y calidad en salud AHQR (2005).

Para Mérida y Moreno (2012) el apoyo de la dirección es fundamental para adoptar el modelo sistémico y evitar errores.

Quinta dimensión: Percepción general de la seguridad del paciente

Aquí se mide si se tiene o no la percepción de estar trabajando comprometiendo la seguridad de los pacientes, ya sea por causas como el ritmo de trabajo en la cual se puede descuidar y la efectividad de los procedimientos existentes para evitar errores en la atención médica del paciente. Reason (2000) y Agencia para la investigación y calidad en salud AHQR (2005). Para Mérida y Moreno (2012) esto se habla en el modelo sistémico se tiene que evitar los errores por comisión y emisión.

Sexta dimensión: Retroalimentación, comunicación de la gerencia en la seguridad del paciente en el hospital.

En esta dimensión se refiere a los informes de la dirección sobre errores que han pasado, cambios efectuados, estrategias a implementarse y forma de prevenirlos. Reason (2000) y Agencia para la investigación y calidad en salud AHQR (2005). Para Mérida y Moreno (2012) se tiene que informar ya que hay que asegurarnos de los demás aprendan, y para ello se debe notificar, ya que el personal de salud puede equivocarse porque no nos interesa el enfoque punitivo sino la detección oportuna de daños que aún no se han cometido con la intención de prevenirlos adoptando las medidas necesarias para evitarlos o vuelva a ocurrir.

Séptima dimensión: Grado de apertura de la comunicación.

En esta dimensión se analiza la percepción que se tiene de la libertad para hablar de los riesgos para los pacientes, decisiones cuestionarios y preguntar sobre lo que no parece estar bien en bien del paciente. Reason (2000) y Agencia para la investigación y calidad en salud AHQR (2005). Para Mérida y Moreno (2012) aunque en casi todos los sistemas de salud se sitúa al paciente como el eje principal, e informar sobre los riesgos de los pacientes o algún error ya que se debe

erradicar la cultura de la culpa y así de esta forma disminuir los errores que se podrían cometer.

Octava dimensión: Frecuencia del reporte de incidentes de seguridad.

En esta dimensión se hace referencia a la percepción de la frecuencia de notificación de 3 tipos de errores o eventos que no llegan a producir efectos adversos (descubiertos y corregidos antes, que puedan hacer daño pero no lo hicieron y que previsiblemente no producirían daño al paciente). Reason (2000) y Agencia para la investigación y calidad en salud AHQR (2005). Para Mérida y Moreno (2012) que se debe notificar ni bien sucede el incidente para tomar las medidas y estrategias adecuadas.

Novena dimensión: Trabajo en equipo entre las áreas o servicios.

En esta dimensión se refiere a la cooperación y el agrado para coordinar y trabajar entre áreas o servicios para mejorar la seguridad de los pacientes. Reason (2000) y Agencia para la investigación y calidad en salud AHQR (2005). Para Mérida y Moreno (2012) esta relación y coordinación debe ser fluida y óptima.

Decima dimensión: Personal: Suficiencia, disponibilidad y gestión.

En esta dimensión se hace referencia a la disponibilidad del personal y a la forma en como éstos se organizan para brindar la atención a los pacientes. Reason (2000) y Agencia para la investigación y calidad en salud AHQR (2005).

Onceava dimensión: Problemas en cambios de turno y transferencia de pacientes

Se ve la percepción del funcionamiento y trabajo en equipo dentro de cada servicio y los problemas que se perciben cuando hay que establecer una coordinación con otros servicios por transferencia de pacientes y entre otras cosas asimismo la pérdida de información. Reason (2000) y Agencia para la investigación y calidad en salud AHQR (2005).

Doceava dimensión: Respuesta no punitiva a los errores, percepción del personal.

Se refiere a la percepción de la utilización negativa de la información sobre errores cometidos y el temor a las represalias laborales por parte de la institución. Reason (2000) y Agencia para la investigación y calidad en salud AHQR (2005).

Para Mérida y Moreno (2012) El temor a reportar los errores y eventos adversos es una limitante presente en prácticamente en casi todas las instituciones de salud ya que de esta manera se logrará un mayor involucramiento y participación de los miembros del equipo de salud y evitar errores.

Importancia de la cultura de seguridad.

La investigación a realizar, constituirá un aporte teórico en la medida que incrementará el conocimiento de cultura de seguridad del paciente en el trabajo, la cultura de seguridad forma parte de la forma de trabajar, de la estrategia, misión, visión, objetivos, etc. Una cultura que esté presente cuando se atiende al paciente ,se fijan objetivos, se realicen procedimientos y se compren productos, una cultura donde se disipa el mito a la perfección y que se tome conciencia de que las cosas pueden ir mal, una cultura abierta para compartir información y hablar sobre los eventos adversos, una cultura justa en el que este claramente diferenciado la conducta inaceptable y la errónea, una cultura que apoye al profesional cuando exista un evento adverso, una cultura de aprendizaje donde se acepten que las cosas no solo están ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja, que se aprende de los errores y no se pregunta quien, sino porque, que gestiona sus riesgos potenciales, una cultura flexible para adoptar los cambios que sean necesarios. La cultura de seguridad Pese a que ha sido ampliamente investigado en otros países, aún es insuficiente en nuestro país y por esto se ha tomado como objeto de estudio en esta tesis para ampliar conocimientos y medir la cultura de seguridad.

El presente trabajo de investigación es fundamental porque va a motivar o encaminar a los trabajadores del Centro Materno Infantil ya conocedores del nivel de cultura de seguridad mejorar estrategias para reforzar las fortalezas y reorientar las estrategias para superar las debilidades encontradas en cuanto a la cultura de seguridad mediante estrategias como capacitaciones talleres etc, que el equipo disponga que es lo conveniente reforzar la cultura de seguridad a tener una cultura de seguridad, aprovechando al máximo los espacios que se nos designa para capacitación ahondar en este tema parte de la gran reforma que se ha iniciado en el mundo en tema de seguridad del paciente en la 55 asamblea mundial de la salud celebrada en Ginebra en 2002, cuyo objetivo es fue que tomen iniciativas para buscar una mayor una cultura de seguridad del paciente bajo un enfoque sistémico y sistemático implementando sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones y por ende los la institución de salud pueda proveer a sus usuarios una atención de buena calidad que satisfaga al usuario de este centro.

1.3. Justificación

Justificación teórica.

La investigación propuesta buscó mediante la aplicación de la encuesta de la cultura de seguridad del paciente; incrementar el conocimiento acerca de la cultura de seguridad del paciente para encontrar una descripción del nivel de cultura que tenían en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, que afectan al directamente la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Asimismo los resultados obtenidos nos permitió demostrar que la cultura de seguridad del paciente estuvo aún en proceso y que se tiene que trabajar según el modelo de James Reason centrarnos en el modelo estructural ya que es un requisito indispensable para evitar errores en la atención permanente en el sistema sanitario, que según la Organización mundial de la salud constituye una de las principales metas a lograr. En este sentido se ha descrito que a partir del modelo de Reason para que puedan ser tomadas en cuenta con la finalidad de disminuirlas o eliminarlas, beneficiando de esta manera a los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, el uso de este modelo permitirá mejorar la cultura de

seguridad del paciente y consiste en que un accidente es la consecuencia final de una superposición de fallas, desde la última línea de defensa, pasando por los fallos de la organización hasta el acto inseguro de la persona, por eso es fundamental identificar a tiempo que aspectos o decisiones de la organización pueden haber sido un factor condicionante en un accidente y como el centro materno infantil Juan Pablo II puede aprender de un accidente, perfeccionando sus defensas en un ciclo de mejora continua y con esto se disminuiría los errores y se lograría una notable disminución de errores y por ende se mejoraría en la cultura de seguridad del paciente.

Justificación metodológica.

Para lograr los objetivos del presente estudio se recurrió al empleo el método científico, de esta manera los resultados obtenidos se apoyan en técnicas de investigación que son válidas en el medio.

Justificación social.

Los resultados de la presente investigación servirán para identificar los diferentes aspectos relacionados con la cultura de seguridad y salud de los trabajadores, información sobre la cual los diferentes niveles jerárquicos podrán tomar decisiones que garanticen una adecuada atención de calidad hacia los usuarios y así minimizar los errores que se pudieran cometer.

Ante los problemas identificados como la escasa cultura de seguridad del paciente y teniendo en cuenta que es uno de los problemas que tenemos que atacar de raíz para evitar errores y así brindar una atención de calidad al usuario, se hace importante el presente estudio para los trabajadores del centro materno infantil Juan Pablo II, así como para los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, que son quienes reciben la atención a diario en este establecimiento de salud.

De esta manera con una mayor cultura de seguridad del paciente se logran reducir los errores en la atención sanitaria y fomentar la cultura no punitiva al error

en aras de brindar una atención de salud de calidad y calidez que han sido una preocupación no solo a nivel nacional sino también a nivel mundial.

Justificación práctica.

El aporte práctico del presente trabajo es muy importante para la política de salud pública pues permitirá a los directivos y administradores del Centro Materno Infantil Juan Pablo II conocer datos reales del nivel de cultura de seguridad del paciente, para poder realizar un buen diagnóstico detectando los problemas o limitaciones que pueden influir para fortalecer en las fortalezas y trabajar en las debilidades para buscar una mejora en la cultura de seguridad del paciente a través de reestructuración o rediseños, replanteamientos de estrategias o programas eficaces amparados en la Cobertura Universal de la Salud, bajo el principio de equidad establecida dentro del derecho a la salud en nuestra Constitución Política

1.4. Problema

1.4.1. Planteamiento del problema.

El informe del Comité de Calidad de la Salud en América IOM (2000) hace un llamado al congreso para crear un centro nacional para la seguridad del paciente dentro de la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud AHRQ y al desarrollo de nuevas herramientas y sistemas de atención para los pacientes con la intención de que sea más sencillo hacer las cosas bien y más complicado hacer las cosas mal ya que en este informe se reportó que 44000 y 98000 personas fallecían al año por errores que cometían el personal de salud, errores prevenibles, por otro lado el informe del foro nacional de calidad (2003), la cultura positiva en seguridad del paciente es fundamental en las instituciones de salud para prevenir o evitar posibles efectos adversos y de esta forma aprender de los errores de forma proactiva, con la finalidad de plantear nuevas estrategias o rediseñar los procesos con la intención de que estos errores no se vuelvan a cometer, en este sentido la consecución de una adecuada cultura de seguridad del paciente ha sido señalado como una de las primeras “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente. Por otro lado para la organización mundial de la salud: La

seguridad del paciente vendría a ser la reducción del riesgo de daños no necesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones de grupo de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro Organización Mundial de Salud, (2009).

La investigación se llevó a cabo en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II que es una Microrred, ubicada en el distrito de Villa El Salvador, conformada por la mayor población asignada, 19% dentro de su jurisdicción; señalada así por la Dirección de Red de Salud Villa El Salvador-Lurín- Pachacamac- Pucusana (2015) quien a su vez pertenece a la Dirección de Salud II Lima Sur, asimismo el año 2014 realizaron una autoevaluación en la cual se encontró que el Centro Materno Infantil Juan Pablo II requiere una prioritaria intervención especialmente en Gestión de recursos humanos, Control de Gestión y Prestación, Gestión de Calidad, Admisión y Alta y Gestión de Equipamiento e Infraestructura (Dirección de Red de Salud Villa El Salvador- Lurín- Pachacamac- Pucusana, 2015, p. 47). El distrito de Villa el Salvador se caracteriza por ser una zona urbana o urbano marginal, en la cual se localizan en total cuatro microrredes, tiene la mayor cantidad de habitantes 463 014 según el Plan Operativo Anual (2016) y tiene un 25.9% de pobreza según el mapa de pobreza del 2009 del Instituto Nacional de Estadística e Informática, 0.60 de índice de desarrollo humano, 74.0% de acceso al agua potable y 10.5% de viviendas con características físicas inadecuadas según la Dirección de Red de Salud Villa El Salvador-Lurín- Pachacamac- Pucusana (2015, p. 29).

En este establecimiento son notorias las carencias o deficiencias en cultura de seguridad, hace falta mejorar la higiene de las manos para prevenir las enfermedades asociadas con la atención de la salud, conocer la importancia que tiene la cultura de seguridad del paciente por ser un tema que tiene pocos años aún se conoce muy poco de esto en esta institución , eliminar la cultura de la culpa ya que aún se sigue los modelos antiguos y existe temor en todos los niveles y se acostumbra a señalar solo a la persona que cometió el error sea por omisión o comisión, gestionar el modelo estructural ya que no se ejecuta aun este modelo por circunstancias como falta de tiempo, saturación de pacientes con la finalidad

de mejorar la interrelación de todos los servicios y las funciones de todos tanto asistenciales como administrativos con la intención de mejorar el trabajo en equipo, la comunicación, promover en la información de los errores y los eventos adversos con la intención de aprender de ellos mas no sancionarlos

Siempre que otros problemas con la cultura de seguridad existían pero que no hay reportes por temor, existe una cantidad errores por omisión como la falta del lavado de manos por parte del personal, etc que no se encuentran reportados. Cabe mencionar que a pesar de que este tema ha sido investigado en otros países, en nuestro medio aún no se le ha tomado en cuenta con la importancia que se merece, Con lo anterior se puede observar que en este establecimiento de salud medición pueda utilizarse para monitorizar el cambio de una forma eficiente. En nuestro país aún existe escasa investigación en cuanto a la cultura de seguridad del paciente lo que genera relevancia de esta investigación. La evidencia es poca a nivel nacional lo que conlleva a un vacío del conocimiento en esta temática y por ende se hace necesaria a profundar la pesquisa en cultura de seguridad. Esto, permitirá ampliar el interés y demostrar que hay formas de mejorar la cultura de seguridad del paciente en coordinación con el equipo multidisciplinario en salud para brindar una atención de calidad al usuario.

1.4.2. Problema.

Problema general

¿Cómo es la cultura de seguridad del paciente en el centro materno Infantil Juan Pablo II, 2017?

Problemas específicos.

Problema específico 1.

¿Cómo es el trabajo en equipo dentro del servicio?

Problema específico 2.

¿Cuáles son las expectativas y acciones del jefe que promueven la seguridad del paciente?

Problema específico 3.

¿Qué tipo de aprendizaje organizacional posee el equipo del Centro Materno Infantil para la mejora continua en la seguridad del paciente?

Problema específico 4.

¿Qué tipo de apoyo brinda la gerencia del centro materno infantil en relación a la seguridad del paciente?

Problema específico 5.

¿Cómo es la percepción general de la seguridad del paciente?

Problema específico 6.

¿Cómo es la retroalimentación y comunicación que realiza la gerencia del centro materno infantil en la seguridad del paciente?

Problema específico 7.

¿Cuál es el grado de apertura en la comunicación existe en el equipo multidisciplinario?

Problema específico 8.

¿Cuál es la frecuencia del reporte de incidentes de seguridad del paciente?

Problema específico 9.

¿Cómo es el trabajo en equipo entre las áreas o servicios?

Problema específico 10.

¿Cómo es la suficiencia, disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente por el personal?

Problema específico 11.

¿Cómo es el cambio de turno y transiciones de pacientes entre áreas o servicios?

Problema específico 12.

¿Respuesta no punitiva a errores que se realiza en el centro materno infantil Juan Pablo II?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general.

¿Describir la cultura de seguridad del paciente en el CMI Juan Pablo II durante el año 2017?

1.5.2. Objetivos específicos.

Objetivo específico 1.

Describir como es el trabajo en equipo dentro del servicio.

Objetivo específico 2.

Describir las expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad de los pacientes.

Objetivo específico 3.

Describir cuál es el tipo de aprendizaje organizacional que posee el equipo del Centro Materno Infantil para la mejora continua en la seguridad del paciente.

Objetivo específico 4.

Describir como es el apoyo de la gerencia del centro materno infantil en la seguridad del paciente.

Objetivo específico 5.

Describir cómo es la percepción general de la seguridad del paciente.

Objetivo específico 6.

Describir como es la retroalimentación y comunicación realiza la gerencia del centro materno infantil en la seguridad del paciente

Objetivo específico 7.

Describir Cuál es el grado de apertura en la comunicación que existe en el equipo multidisciplinario.

Objetivo específico 8.

Describir cuál es la frecuencia del reporte de incidentes de seguridad del paciente.

Objetivo específico 9.

Describir cuál es el trabajo en equipo entre las aéreas o servicios.

Objetivo específico 10.

Describir cuál es la suficiencia disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente del personal

Objetivo específico 11.

Describir cuál es el cambio de turno y transiciones de pacientes entre áreas o servicios.

Objetivo específico 12.

Describir Cuál es la respuesta no punitiva a los errores y la percepción personal.

II. Marco metodológico

2.1. Variable

En la presente investigación se estableció como variable de estudio la cultura de seguridad del paciente. Esta variable fue de naturaleza cualitativa y de escala ordinal, por lo tanto se pudo establecer niveles de orden entre las categorías.

Definición conceptual.

Variable 1: cultura de seguridad del paciente.-

La cultura de seguridad es el conjunto de valores, actitudes y comportamientos predominantes que caracterizan el funcionamiento de grupo o una organización esta cultura de seguridad debe extenderse entre todos los profesionales. Para ello debe implantarse políticas y procedimientos basados en el análisis de los tipos de errores que tiene la organización, de modo que, cuando se produzca un evento adverso, el profesional sepa que debe informar de ello y que no va recibir una sanción por ese motivo. Mérida y Moreno (2012).

Operacionalización de la variable.

La variable de estudio se midió a través de 12 dimensiones que se midió a través de: (a) Trabajo en equipo dentro del área o servicio, (b) expectativas y acciones del supervisor / jefe para promover la seguridad de los pacientes, (c) aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad, (d) apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente, (e) percepción general sobre la seguridad del paciente, retroalimentación, (f) comunicación e información al personal sobre errores relacionados con la seguridad del paciente en el hospital, (g) grado de apertura de la comunicación, (h) frecuencia del reporte de incidentes de seguridad, (i) trabajo en equipo entre las áreas o servicios, (j) personal, (k) problemas en cambios de turno y transferencia de pacientes, (l) respuesta no punitiva a los errores.

Esta variable fue medida con un instrumento constituido por 42 ítems con respuesta tipo Likert y los rangos establecidos fueron y valorando a la cultura de

seguridad en débil, moderado y alto las cuales se presentan en la siguiente tabla de operacionalización.

Tabla 1

Matriz de operacionalización de la variable cultura de seguridad del paciente

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valores	Niveles y rangos
Trabajo en equipo dentro del servicio.	-Trabajo en equipo dentro del servicio	1, 3, 4 y 11	Escala de Likert Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) De acuerdo (4) Muy de acuerdo (5)	Trabajo en equipo dentro del servicio: Negativo: [04-09] Neutro:[10 – 15] Positivo: [16 – 20]
Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad del paciente.	-Comentarios favorables -Considera la sugerencia -presión de parte del jefe cuando hay mayor carga laboral -supervisor no hace caso de los problemas que ocurren	19,20,21 y 22		Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad del paciente: Negativo: [04-09] Neutro: [10 – 15] Positivo: [16 – 20]
Aprendizaje organizacional que posee el equipo para la mejora continua en la seguridad del paciente	-hacemos cosas para la mejora de los demás -los errores han llevado a cambios positivos -evaluamos la efectividad de los cambios para la seguridad del paciente	6, 9 y 13		Aprendizaje organizacional para mejora continua: Negativo : [03 – 07] Neutro: [08 – 11] Positivo: [12 - 15]
Apoyo que brinda la gerencia para la seguridad del paciente	-La Dirección provee un buen ambiente laboral , le da una alta prioridad importante y los errores a cambios positivos	32,39 y 40		Apoyo que brinda la gerencia para la seguridad del paciente: Negativo: [03 – 07] Neutro: [08 – 11] Positivo: [12 - 15]
Percepción general de la seguridad del paciente	solo por casualidad hay errores, nunca se sacrifica por más trabajo, existen problemas de seguridad del paciente en el servicio y si contamos con procedimientos efectivos	10, 15, 17 y 18		Percepciones general de la seguridad del paciente: Negativo: [04-09] Neutro: [10 – 15] Positivo: [16 – 20]
Retroalimentación y comunicación que realiza la gerencia en la	Información de errores por parte de jefatura ,en los servicios y prevención de errores	23, 25 y 27		Retroalimentación y Comunicación que realiza la gerencia: Negativo: [03 – 07] Neutro: [08 – 11]

seguridad del paciente			Positivo: [12 - 15]
Apertura en la comunicación del equipo multidisciplinario	Libertad, temor	24,26 y 28	Frecuencia de incidentes reportados: Negativo: [03 – 07] Neutro: [08 – 11] Positivo: [12 - 15]
Frecuencia de incidentes reportados	Se comete el error y es corregido, y si no tiene el potencial de dañar, y que podía dañar	29, 30 y 31	Frecuencia de incidentes reportados: Negativo: [03 – 07] Neutro: [08 – 11] Positivo: [12 - 15]
Trabajando en equipo a través de los servicios o unidades	Trabajan bien y juntos o no coordinan o es desagradable	35, 41, 33 y 37	Trabajando en equipo a través de las unidades: Negativo: [04-09] Neutro:[10 – 15] Positivo:[16 – 20]
Personal: Suficiencia disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente por el personal	Suficiente, trabaja más horas, usa más personal, intentamos hacer mucho	2, 5, 7 y 14	Personal: Suficiencia disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente por el personal: Negativo: [04 – 09] Neutro: [10 – 15] Positivo: [16 - 20]
Cambios de turno y transiciones de pacientes entre áreas o servicios	Se pierde de unidad a otra, durante el cambio de turno, intercambio de información de un servicio a otro, cambio de turno es un problema para el centro materno infantil	34, 36, 38 Y 42	Cambios de turno y transiciones: Negativo: [04-09] Neutro: [10-15] Positivo: [16-20]
Respuesta no punitiva a errores.	Errores en contra de su persona, la persona es mal vista no el error y preocupación de que estos sean guardados en sus expedientes.	8, 12 y 16	Respuesta no punitiva a errores: Negativo: [03-07] Neutro: [08 – 12] Positivo: [13-17]

2.2. Metodología

El presente trabajo se realizó bajo un enfoque cuantitativo porque se ha seguido un patrón estructurado y objetivo usando la medición para hallar las respuestas de la cultura de seguridad del paciente y de esta manera catalogarla según el marco teórico señalado. Además se basó en la recolección de datos analizados con

métodos estadísticos, para describir la cultura de seguridad del paciente, bajo el método científico deductivo (Hernández, *et al.* 2014).

2.3. Tipo de investigación

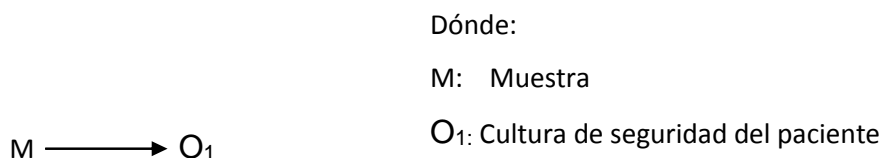
La investigación fue básica de nivel descriptivo según la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (2014).

Básica, porque con los datos obtenidos se aumentó el conocimiento sobre la variable cultura de seguridad del paciente del Centro Materno Infantil Juan Pablo en un contexto en donde aún no se le había estudiado.

Descriptiva, porque se describió, detalló o señaló tal y como se presentaron la cultura de seguridad del paciente y sus dimensiones percibidos por los trabajadores del centro materno infantil Juan Pablo II.

2.4. Diseño de estudio

El presente trabajo se desarrolló con un diseño no experimental porque se observó la variable tal y como se presentó en su medio natural sin realizar ninguna intervención o manipulación por parte del investigador al momento de recoger la información y es de tipo transversal porque dicha recolección de datos se realizó en un mismo y único momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) y obedeció al siguiente esquema de diseño:



Población, muestra y muestreo

La población estuvo constituida por el personal del establecimiento personal asistencial, administrativo nombrado y contratado

Tabla 2

Población de trabajadores del CMI Juan Pablo II, 2017.

Sujeto de estudio	Cantidad
Personal nombrado	114
Personal contratado	50
Personal administrativo	22
Total de Población	186

Muestreo. La población estuvo conformada por los trabajadores del Centro Materno Infantil Juan Pablo II del Distrito de Villa el Salvador, siendo la cantidad de 123 usuarios que además hayan aceptado responder el cuestionario de salud y que hayan estado presentes los días de la encuesta.

Criterios de inclusión. Ser personal del Centro Materno Infantil Juan Pablo II y haber aceptado formar parte del estudio.

Criterios de Exclusión. Personal que se rehusó a participar del estudio, personal que este de vacaciones, personal con descanso médico.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica de recolección de datos

La técnica utilizada en la presente investigación fue la encuesta, que una técnica basada en preguntas dirigidas a un número considerable de personas, la cual emplea cuestionarios para indagar sobre las características que se desea medir o conocer, (Hernández, *et al.*, 2010).

Instrumento de recolección de datos:

Según la técnica de la investigación realizada, el instrumento utilizado para la recolección de información fue el cuestionario. Al respecto Hernández, Fernández y Baptista (2010) indicaron que “consiste en un conjunto de preguntas de una o más variables a medir” (p.217).

Según la técnica de la investigación, se empleará como instrumento para la recolección de información el cuestionario. Al respecto Hernández, Fernández y Baptista (2010) indican que “consiste en un conjunto de preguntas de una o más variables a medir” (p.217).

Ficha técnica del instrumento

Nombre: Cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, diseñado por la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud AHRQ (2000), de estados unidos.

Autores: Errors Workgroup of the Quality Interagency Cordination Task Force. (Adaptación del Grupo de Trabajo de Errores Médicos del Grupo de Trabajo de Coordinación Intergencial de Calidad).

Forma de aplicación: Individual.

Grupo de aplicabilidad: adultos

Duración: 20 minutos.

Objetivo: Determinar cuantitativamente la cultura de seguridad del paciente.

Descripción:

El instrumento consta de nueve secciones (A, B, C, D, E, F, G, H, I) con un total de 42 preguntas divididos en 12 áreas o tamaños de la cultura de la seguridad del paciente. Estas dimensiones, 7 están relacionados con la unidad en la que se aplica el instrumento, 3 están relacionados con el servicio del centro materno infantil , y 4 son variables de resultado: El Trabajo en equipo dentro del servicio; Expectativas y acciones del jefe para la promover la seguridad del paciente; El aprendizaje organizacional para la mejora continua; Apoyo que da la gerencia para la seguridad del paciente; La percepción general de la seguridad del paciente, La retroalimentación y comunicación acerca de los errores; Grado de apertura a la comunicación; Frecuencia de incidentes reportados; Trabajo en equipo entre servicios; Suficiencia, disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente; Cambio de turno y transiciones de pacientes; Respuesta no punitiva al error.

2.5. Validación y confiabilidad de los instrumentos.

Procedimiento de puntuación:

Niveles de cultura de seguridad positiva (16-20); neutra (10-15) y negativa (04-09)

2.5.1. Validación y confiabilidad de los instrumentos.

Validación de los instrumentos

En términos generales, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Validación del Contenido.

La principal técnica de recolección de datos fue la encuesta a través de un cuestionario estructurado adaptado por el investigador, el cual contenía 42 preguntas sobre la cultura de seguridad del paciente medido mediante doce dimensiones.

Validez del constructo.

Se evaluaron los conocimientos sobre la cultura de seguridad del paciente y sus dimensiones en los usuarios del Centro Materno infantil Juan Pablo II, con el cuestionario elaborado y corregido por el juicio de expertos finalmente se analizaron las respuestas.

Confiabilidad de los instrumentos

Los instrumentos de recolección de datos que se emplearon en el estudio tienen ítems con opciones en escala Likert, por lo que se empleó el coeficiente alfa de Cronbach para determinar la consistencia interna, analizando la correlación media de cada ítem con todas las demás que integran dicho instrumento. Para determinar

el coeficiente de confiabilidad, se aplicó la prueba piloto, después de analizarlo mediante el alfa de Cronbach con la ayuda del software estadístico SPSS versión 21.

Según Hogan (2004), la escala de valores que determina la confiabilidad está dada por los siguientes valores:

Alrededor de 0.9, es un nivel elevado de confiabilidad.

La confiabilidad de 0.8 o superior puede ser considerada como confiable

Alrededor de 0.7, se considera baja

Inferior a 0.6, indica una confiabilidad inaceptablemente baja.

Tabla 3

Confiabilidad de los instrumentos – Alfa de Cronbach

Instrumento	Alfa de Cronbach	Nº Ítems
Cultura de seguridad	,812	42

En función del resultado obtenido del juicio de expertos, que consideraron los instrumentos aplicables y el índice de fiabilidad obtenido por el Alfa de Cronbach igual a 0.812; se consideró que el instrumento era altamente confiable y procedía su aplicación.

2.7. Método de recolección de datos

El procedimiento para la recolección de datos siguió los siguientes pasos:

Inicialmente se aplicó el instrumento, según la indicación establecida en la ficha técnica. Luego, con los datos obtenidos se elaboró la matriz de datos, en la que se transformaron los valores según la escala establecida y se procedió con el análisis respectivo, con el fin de presentar las conclusiones y recomendaciones y poder preparar el informe final.

2.8. Método de análisis de datos

Una vez recolectados los datos de la investigación, se procedió a analizar cada una de las variables de la siguiente manera:

1er paso: Categorización analítica de los datos: se clasificaron y codificaron para lograr una interpretación de los hechos recogidos. Se elaboró la matriz de datos.

2do paso: Descripción de los datos: Mediante tablas de resumen de resultados, se presentaron las frecuencias y porcentajes de cada una de las categorías.

Todos los procedimientos estadísticos se realizaron con el programa SPSS 21.0 para Windows XP y el EXCEL.

III. Resultados

3.1 Resultados descriptivos

Respecto a la variable cultura de seguridad

Descripción de los resultados de la dimensión: Trabajo en equipo dentro del servicio

Tabla 4

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según el trabajo en equipo dentro del servicio.

Trabajo en equipo dentro del servicio

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Neutras	92	18,7	18,7	18,7
Negativas	100	20,3	20,3	39,0
Positivas	300	61,0	61,0	100,0
Total	492	100,0	100,0	

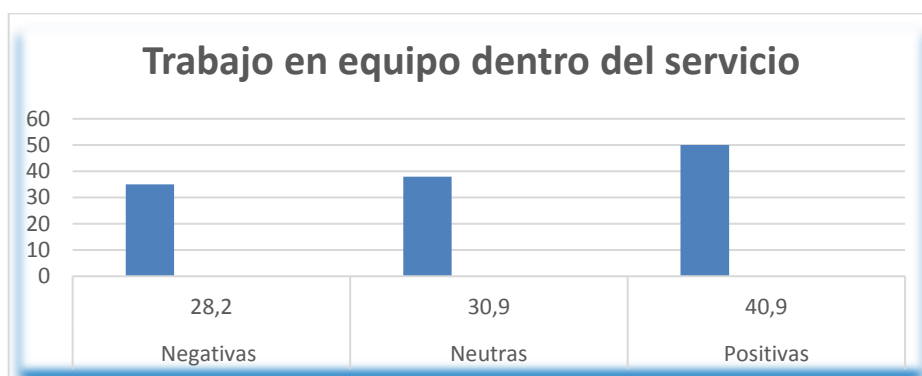


Figura 2. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según el trabajo en equipo dentro del servicio.

Interpretación

De la tabla y figura se evidenció, que el 61% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que el trabajo en equipo dentro del servicio con respuestas positivas, el 20.3% con respuestas negativas y el 20.3% con respuestas neutras.

Descripción de los resultados de la dimensión: Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad del paciente

Tabla 5

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según las expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad del paciente.

Expectativas y acciones del jefe para promueven la seguridad del paciente

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Neutras	126	25,6	25,6	25,6
Negativas	142	28,9	28,9	54,5
Positivas	224	45,5	45,5	100,0
Total	492	100,0	100,0	

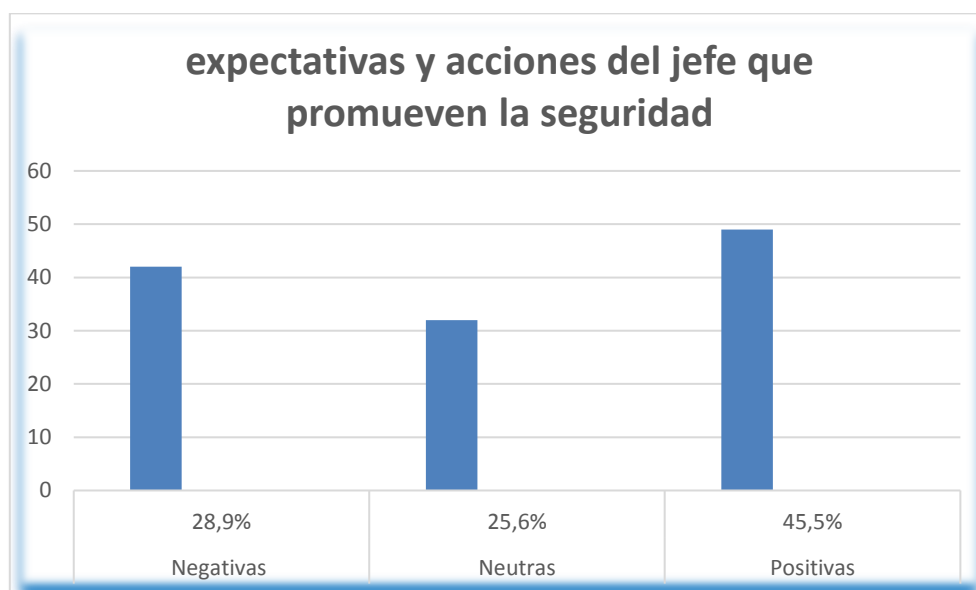


Figura 3. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según las expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad del paciente.

Interpretación

De la tabla y figura se evidenció, que el 45,5% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que las acciones del jefe para promover la seguridad del paciente con respuestas positivas, el 28,9% con respuestas negativas y el 25,6% con respuestas neutras.

Descripción de los resultados de la dimensión: El aprendizaje organizacional para la mejora continua

Tabla 6

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según el aprendizaje organizacional para la mejora continua.

Aprendizaje organizacional para la mejora continua					
	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Neutras	74	19,9	19,9	19,9
	Negativas	78	21,1	21,1	41,1
	Positivas	217	58,9	58,9	100,0
	Total	369	100,0	100,0	

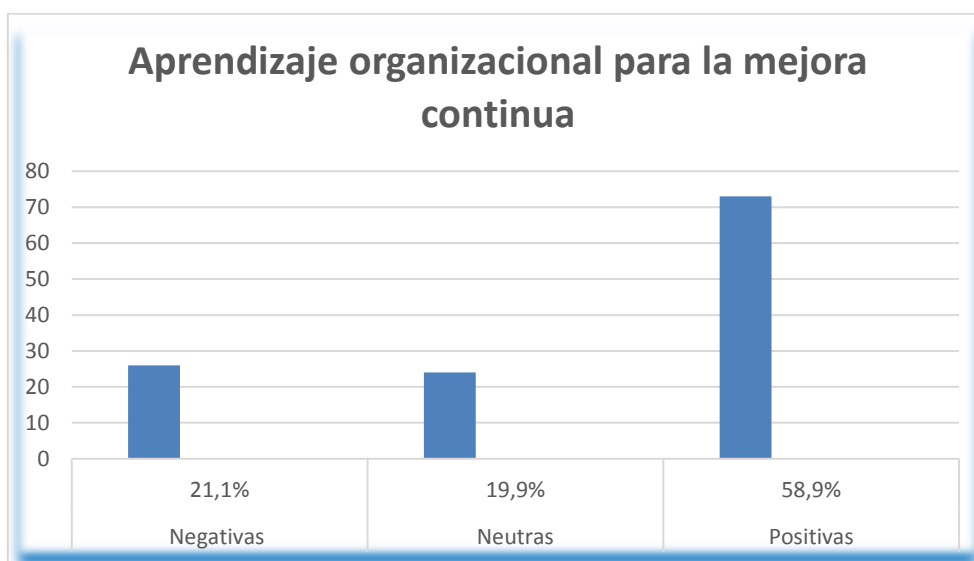


Figura 4. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según el aprendizaje organizacional para la mejora continua.

Interpretación

De la tabla y figura se evidencio, que el 58.9% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que el aprendizaje organizacional para la mejora continua con respuestas positivas, el 21.1% con respuestas negativas y el 19.9% con respuestas neutras.

Descripción de los resultados de la dimensión: Apoyo que brinda la gerencia para la seguridad del paciente

Tabla 7

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según el apoyo que brinda la gerencia para la seguridad del paciente.

Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente					
	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Neutras	106	28.7	28.7	28.7
	Negativas	100	27.1	27.1	55.8
	Positivas	163	44.2	44.2	100,0
	Total	369	100,0	100,0	

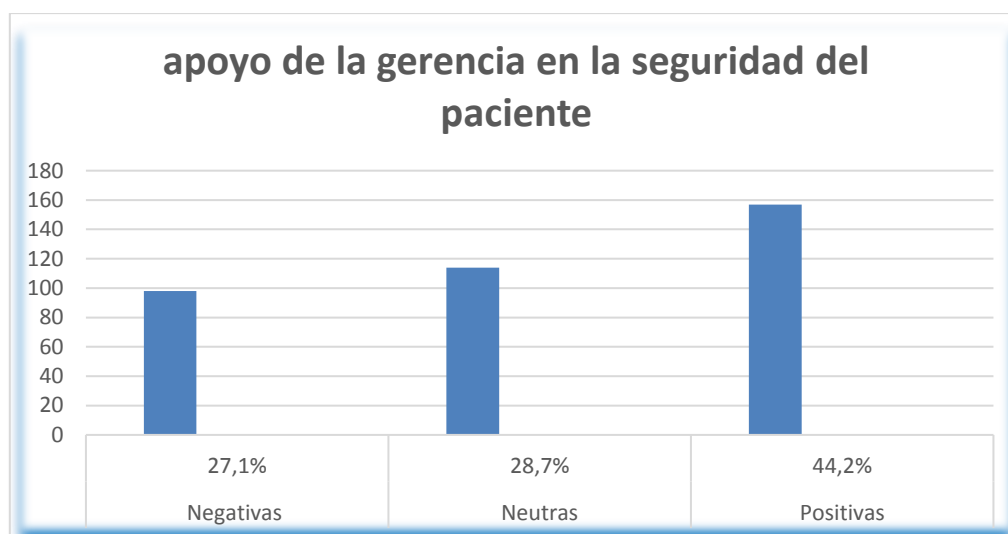


Figura 5. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según el apoyo que brinda la gerencia para la seguridad del paciente.

Interpretación

De la tabla y figura se evidenció, que el 44.2% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que el apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente con respuestas positivas, el 28.7 % con respuestas neutras y el 27.1% con respuestas negativas.

Descripción de los resultados de la dimensión: Percepción general de la seguridad del paciente

Tabla 8

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según la percepción general de la seguridad del paciente.

Percepción general de la seguridad del paciente					
	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Neutras	95	19,3	19,3	19,3
	Negativas	241	49,0	33,3	52,6
	Positivas	156	32,0	47,4	100,0
	Total	492	100,0	100,0	

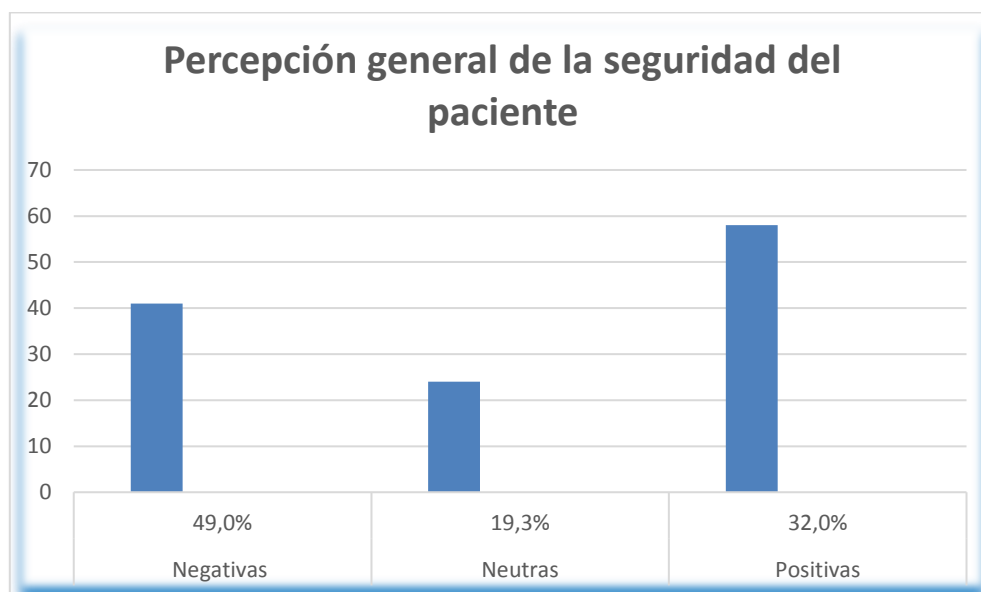


Figura 6. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según la percepción general del paciente.

Interpretación

De la tabla y figura se evidenció, que el 49.0% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que la percepción general de la seguridad del paciente con respuestas negativas, el 32.0% con respuestas positivas y el 19.3% con respuestas neutras.

Descripción de los resultados de la dimensión: Retroalimentación y comunicación de la gerencia en cuanto a la seguridad del paciente

Tabla 9

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según la retroalimentación y comunicación de la gerencia en la seguridad del paciente.

Retroalimentación y comunicación en la seguridad del paciente					
Respuestas		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Neutras	114	30,9	30,9	30,9
	Negativas	104	28,2	28,2	59,1
	Positivas	151	40,9	40,9	100,0
	Total	369	100,0	100,0	

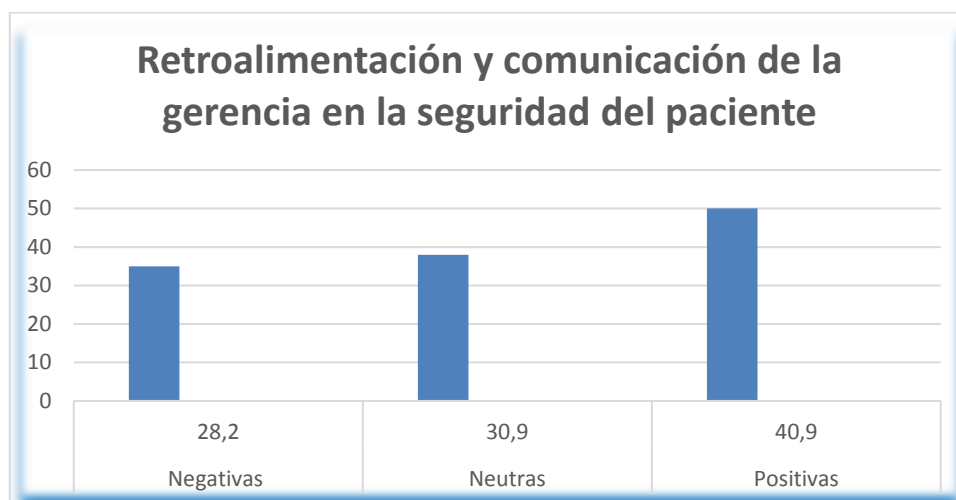


Figura 7. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según la retroalimentación y comunicación apoyo de la dirección.

Interpretación

De la tabla y figura se evidenció, que el 40.9% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que la retroalimentación comunicación de la gerencia en la seguridad del paciente con respuestas positivas, el 33.3% con respuestas neutras y el 28.2% con respuestas negativas.

Descripción de los resultados de la dimensión: Apertura en la comunicación del equipo multidisciplinario

Tabla 10

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según la apertura a la comunicación del equipo multidisciplinario.

Apertura en la comunicación del equipo multidisciplinario					
	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Neutras	78	21,1	21.1	21.1
	Negativas	141	38.2	38.2	59.3
	Positivas	150	40.7	40.7	100,0
	Total	369	100	100	

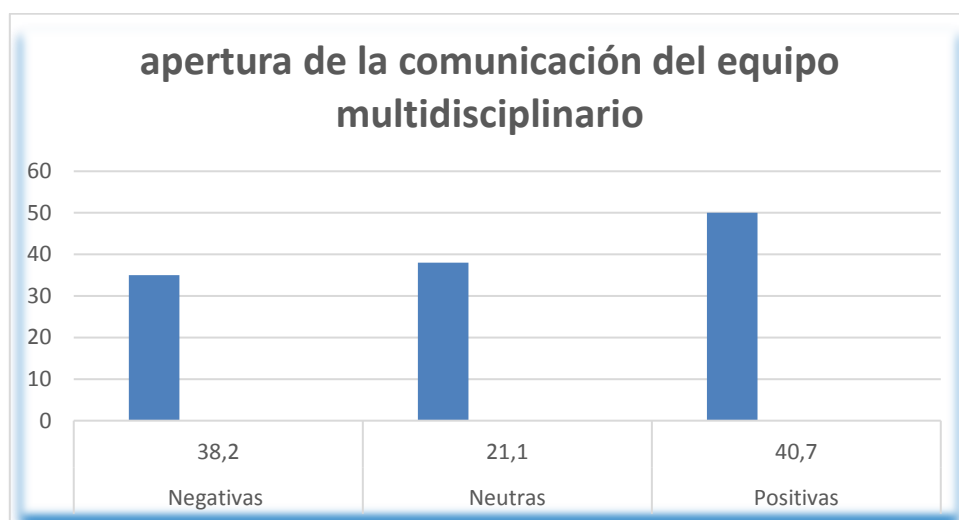


Figura 8. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según la apertura a la comunicación del equipo multidisciplinario.

Interpretación

De la tabla y figura se evidencia, que el 40.7% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que la apertura de la comunicación del equipo multidisciplinario con respuestas negativas, el 38.2 % con respuestas negativas y el 21.1% con respuestas neutras.

Descripción de los resultados de la dimensión: Frecuencia de reporte de incidentes de la seguridad del paciente

Tabla 11

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según la frecuencia de reporte de incidencias en la seguridad del paciente.

Reporte de incidentes					
	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Neutras	139	37,7	37,7	37,7
	Negativas	143	38,8	38,8	76,4
	Positivas	87	23,6	23,6	100,0
	Total	369	100,0	100,0	

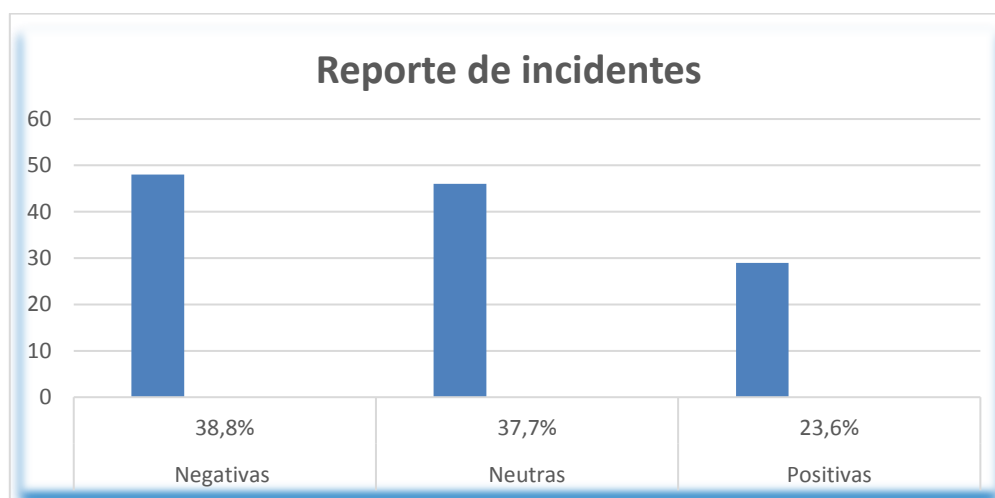


Figura 9. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según la frecuencia de reporte de incidencias de seguridad del paciente

Interpretación

De la tabla y figura se evidenció, que el 38.8% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que la notificación de eventos adversos con respuestas negativas, el 37.7 % con respuestas neutras y el 23.6% con respuestas positivas.

Descripción de los resultados de la dimensión: Trabajo en equipo entre servicios

Tabla 12

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según el trabajo en equipo entre servicios.

Trabajo de equipo entre servicios					
	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Neutras	150	30,5	30,5	30,5
	Negativas	122	24,8	24,8	55,3
	Positivas	220	44,7	44,7	100,0
	Total	492	100,0	100,0	

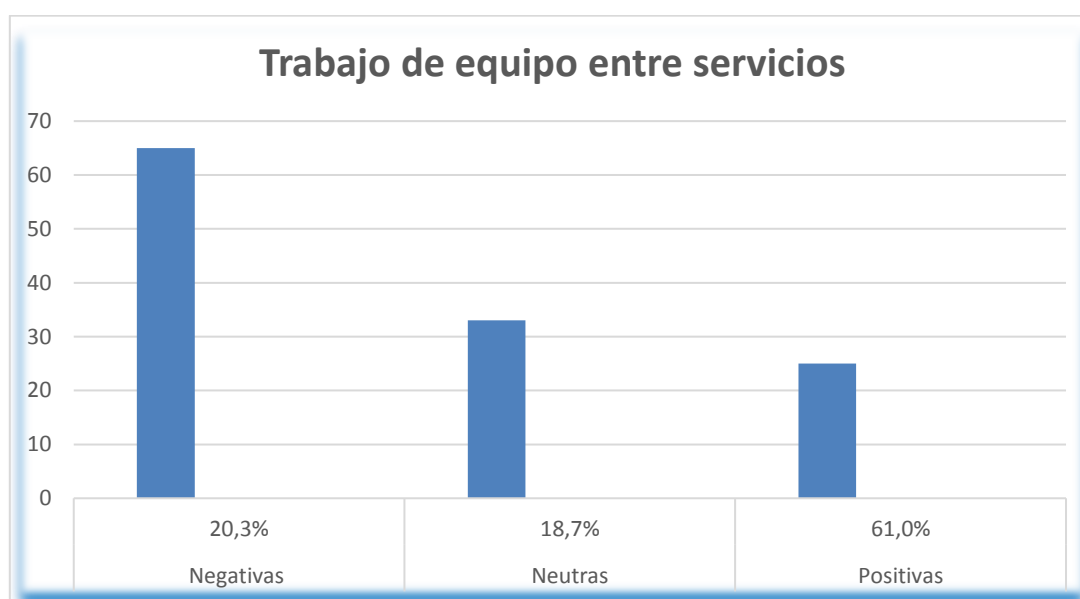


Figura 10. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según el trabajo en equipo entre servicios.

Interpretación

De la tabla y figura se evidenció, que el 44.7% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que el trabajo en equipo entre los servicios con respuestas positivas, el 30.5 % con respuestas neutras y el 24.8% con respuestas negativas.

Descripción de los resultados de la dimensión: Personal: Suficiencia, disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente.

Tabla 13

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según la suficiencia, disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente.

Personal: Suficiencia, disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente					
	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Neutras	68	36.6	36.6	27,2
	Negativas	196	17.1	17.1	80,1
	Positivas	228	46.3	46.3	100,0
	Total	492	100,0	100,0	

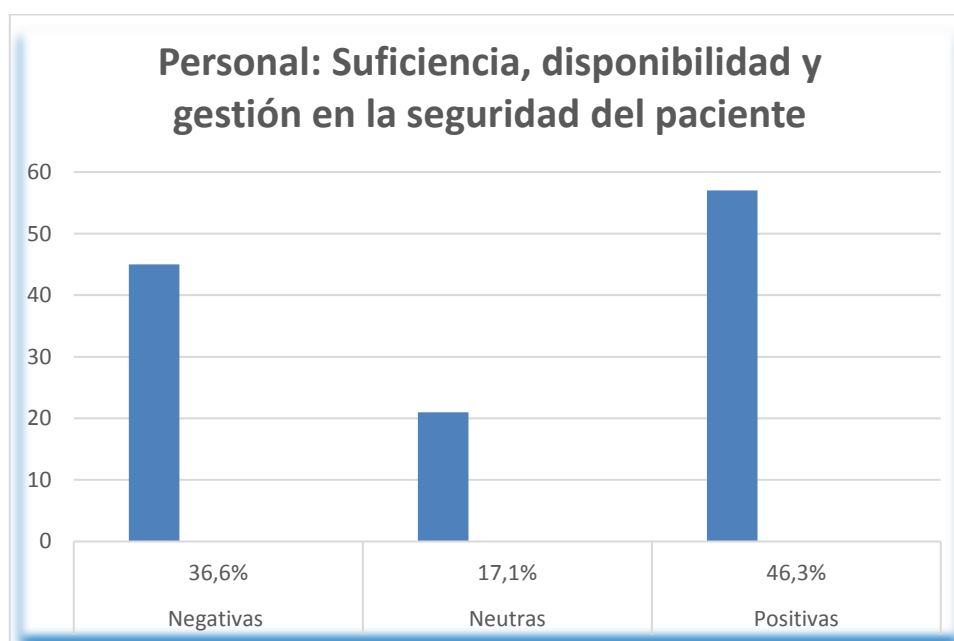


Figura 11. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según personal: suficiencia disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente.

Interpretación

De la tabla y figura se evidencia, que el 46.3% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que la suficiencia, disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente con respuestas positivas, el 36.6% con respuestas negativas y el 17.1% con respuestas neutras.

Descripción de los resultados de la dimensión: Cambios de turno y transiciones de pacientes entre servicios

Tabla 14

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según cambio de turno y transiciones de pacientes entre servicios.

Cambios de turno y transiciones entre servicios					
	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Neutras	133	27,0	27,0	27,0
	Negativas	155	32,0	32,0	59,0
	Positivas	204	29,7	41,4	100,0
	Total	492	100,0	100,0	

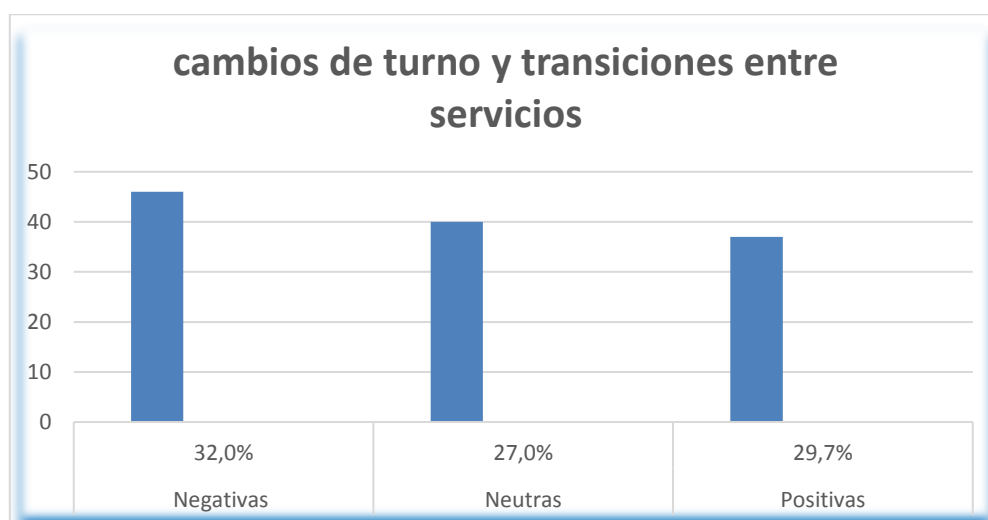


Figura 12. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según el cambio de turno y transiciones de pacientes,

Interpretación

De la tabla y figura se evidencia, que el 32.0% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que en los cambios de turno y transiciones de pacientes con respuestas negativas, el 29.7% con respuestas positivas as y el 27.0% con respuestas neutras.

Descripción de los resultados de la dimensión: Respuesta no punitiva de errores

Tabla 15

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según respuesta no punitiva de errores.

Respuesta no punitiva a los errores					
	Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Neutras	169	45,8	45,8	45,8
	Negativas	113	30,4	23,8	69,6
	Positivas	87	23,3	30,4	100,0
	Total	369	100,0	100,0	



Figura 13. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según la respuesta no punitiva a los errores.

Interpretación

De la tabla y figura se evidenció, que el 45.8% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que la respuesta no punitiva a los errores con respuestas neutras, el 30.4% con respuestas negativas y el 23.8% con respuestas positivas.

Descripción de los resultados de las dimensiones: Respuesta positivas

Tabla 16

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según respuestas positivas

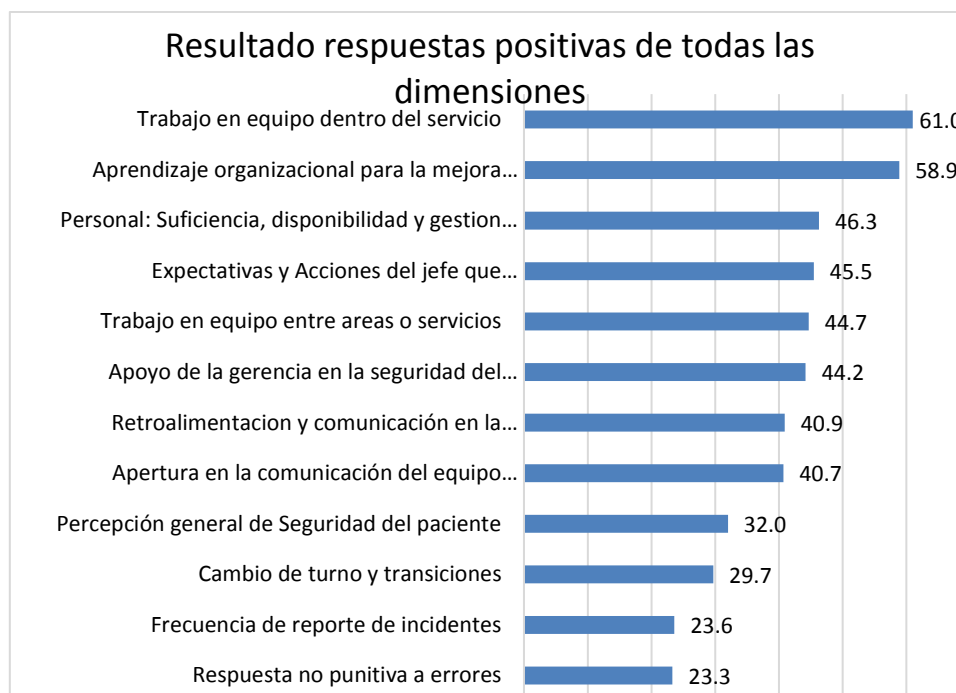


Figura 14. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según respuestas positivas.

Interpretación

De la tabla y figura se evidenció que el trabajo en equipo dentro del servicio obtuvo mayor cantidad de respuestas positivas con un 61%, seguido del aprendizaje organizacional para la mejora continua con un 58.9 %, la suficiencia y disponibilidad del personal con 46.3%, las expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad de los pacientes apoyo que brinda la gerencia en la seguridad del paciente con un 45.5%, el trabajo en equipo entre áreas o servicios con un 44.2%, la retroalimentación, comunicación y el apoyo de la dirección con un 40.9%, la apertura en la comunicación del equipo multidisciplinario con un 40.7%, la percepción general de la seguridad del paciente con un 32.0%, el cambio de turno y transiciones con un 29.7% y por último la frecuencia de reporte de incidentes con un 23.3%.

Descripción de los resultados de las dimensiones: Respuesta negativas

Tabla 17

Distribución de frecuencias y porcentajes de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 según respuestas negativas

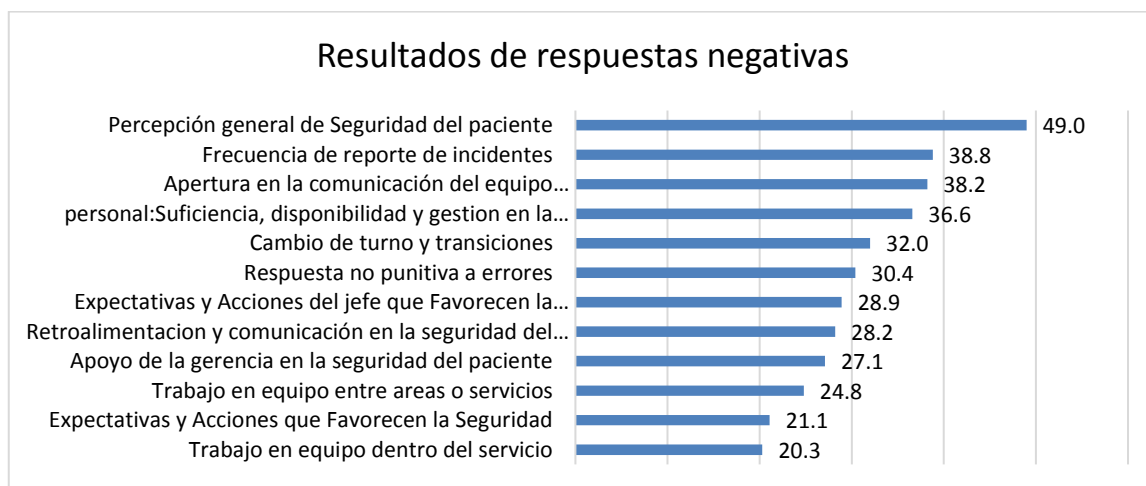


Figura 14. Distribución porcentual por niveles de trabajadores según respuestas negativas.

Interpretación

De la tabla y figura se evidencio que la dimensión que obtuvo mayor número de respuestas negativas fue la de percepción general de seguridad de los pacientes constituye un 49% de los trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 ,frecuencia de reporte de incidentes con un 38,8%,la apertura de la comunicación del equipo multidisciplinario con un 38,2%,la suficiencia, disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente con un 36.6%, cambio de turno y transiciones con un 32,0%, respuesta punitiva a los errores con un 30,4%, las expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad del paciente, la retroalimentación y comunicación en la seguridad del paciente con un 28,2%,el apoyo que da la gerencia en la seguridad del paciente con un 27,1%, el trabajo en equipo entre áreas y servicios con un 24,8%, las expectativas y acciones que favorecen la seguridad del paciente con un 21.1% y por último el trabajo en equipo dentro del servicio con un 20,3% de respuestas negativas.

IV. Discusiones

En la presente investigación los datos encontrados, procesados y analizados evidenciaron que aún no hay una cultura positiva que se vea reflejado como fortalezas que del conjunto de los trabajadores encuestados el 61 % consideraron el trabajo en equipo dentro del servicio con mayor cantidad de respuestas positivas de las doce dimensiones aquí estudiadas, esto tomando los criterios de la AHQR la cual indica que para ser fortaleza debe tener una puntuación mayor a un 75% de respuestas positivas. en cambio estas pesquisas si llegaron a constituirse como una fortaleza ya que también obtuvieron el mayor puntaje de respuestas positivas de todas las dimensiones en los trabajos de investigación y superaron el 75% de respuestas positivas que usa el criterio de la AHQR, Mir.et al (2016), Orkaizaguirre (2016), Giraldo y Montoya (2013). Sin embargo se refleja que el trabajo en equipo dentro del servicio es cuestión de mejorar con políticas que podrían implementarse a futuro y no es una tarea sencilla dentro de la institución Mir.et al (2016), si bien no se alcanza los parámetros o estándares que son medidos aun con todas las carencias que muestra el sistema sanitario actual se puede evidenciar que va por un buen camino con mucho trabajo por hacer de parte de la gestión de la institución para fortalecerlo.

Las expectativas y acciones del jefe para promover la cultura de seguridad del paciente muestra un 45.5% de respuestas positivas la cual refleja que los comentarios favorables, del trabajador son tomados en cuenta

En la dimensión de aprendizaje organizacional para la mejora continua manifestaron el 58.9% del total de encuestados con respuestas positivas y por ende se constituyó como la segunda puntuación alta en las respuestas positivas pero tampoco alcanza a posicionarse como fortaleza sin embargo es muy satisfactorio observar que el personal de salud que labora en la institución este comprometido en aprender evidenciándose su actitud proactiva, su aprendizaje a través de los errores esto es fundamental porque generaría un gran cambio para evitar futuros errores con los pacientes, sin embargo en el estudio de López, et al (2016) si se consideró como una fortaleza.

Los datos obtenidos en la investigación con respecto al apoyo de la gerencia del centro materno infantil en la seguridad del paciente obtuvo como respuestas

positivas un 44.2%, esto demuestra que el establecimiento estuvo en un proceso de crear un ambiente de seguridad del paciente y que faltó aun un apoyo óptimo de parte de la gerencia ya que tampoco se constituye como una fortaleza, sin embargo la gestión del centro Materno Infantil se está esforzando por revertir este resultado que tampoco es muy ínfimo. Por otro lado cabe mencionar que nuestro resultado anteriormente mencionado no es concordante a lo encontrado por López, *et al* (2016), quienes obtuvieron un 78% de respuestas positivas, superando los criterios de la AHQR de respuestas positivas mayores a 75%, la cual refleja el compromiso de parte de la gestión que fue vital para su proceso de acreditación.

La percepción general de la seguridad del paciente obtuvo un 32,0% de respuesta positivas sin embargo fue la dimensión que alcanzó mayor porcentaje de respuestas negativas 49,0% en la investigación, aunque no sea considerado como una oportunidad de mejora según los criterios de la AHQR la cual tendría que superar el 50% de respuestas negativas es preocupante este resultado ya que faltaría compromiso por parte de los trabajadores de salud el compromiso por la seguridad del paciente y por ende es un valor que evidencia riesgo por la probabilidad de que ocurran eventos adversos y la repercusión que ocasionaría a los pacientes. López, *et al* (2016), Giraldo y Montoya (2013).

La retroalimentación y comunicación que realiza la gerencia en el centro materno infantil en la seguridad del paciente dio como resultado un 40,9% de respuestas positivas la cual refleja que la dirección presenta informes sobre los errores que han pasado, los cambios efectuados y las estrategias a implementarse, sin embargo este resultado no es el ideal pero se debe seguir fortaleciendo

El grado de apertura en la comunicación que existe en el equipo multidisciplinario se evidenció con un 40,7% de respuestas positivas, sin embargo obtuvo el tercer lugar en cuanto a respuestas negativas con un 38,2%, esto evidenció que aún no contaron con la libertad suficiente para expresar sobre los riesgos de los pacientes, realizar preguntas sobre algo que no parece estar bien en el paciente.

En la dimensión de frecuencia de incidentes reportados, alcanzo un 23.6% de respuestas positivas en cambio en el resultado de respuestas negativas alcanzo un 38,8% ocupando el segundo lugar de respuestas negativas de todas las dimensiones estudiadas, constituyéndose una falencia del establecimiento ya que con estos reportes se puede evitar errores no deseados en los pacientes, queda mucho trabajo por realizar de parte del equipo de gestión de la institución.

El trabajo en equipo entre áreas y servicios evidencio un 44,7% de respuestas positivas poniendo de manifiesto que existe una cooperación y coordinación entre las áreas o servicios pero que no es el ideal para mejorar la seguridad de los pacientes.

En la dimensión personal: suficiencia, disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente fue de un 46.3% con respuesta positiva y esto manifestó que hay gran porcentaje de los trabajadores casi la mitad que está dispuesto a organizarse para brindar una adecuada seguridad del paciente durante la atención cabe mencionar que esta dimensión ocupo el tercer lugar en cuanto a respuestas positivas de las doce dimensiones estudiadas la cual el equipo de gestión debe aprovechar para lograr la seguridad del paciente en la institución.

En la dimensión cambio de turno y transiciones de los pacientes, se obtuvo 29,7% de respuestas positivas la cual evidencio que no hubo un adecuado funcionamiento y que debe ser objeto de mejora de parte de la administración.

La respuesta no punitiva a errores evidencio un 23,3% de respuestas positivas constituyéndose el más bajo de todas las dimensiones en resultados de respuestas positivas. Esto sugiere que tenemos que fomentar la cultura del reporte de eventos de seguridad del paciente y se debe reforzar el enfoque no punitivo para que de esta forma se pueda romper el paradigma tradicional de la cultura de la culpa y el castigo.

V. Conclusiones

El estudio permitió medir la cultura de seguridad en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, esto facilitara su seguimiento, y orientara las estrategias para la mejora en el trabajo de los puntos débiles y reforzara los puntos fuertes, se concluye que aún no hay una cultura positiva. Y que las dimensiones que mejor puntuaron en la cultura de seguridad en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2017 fueron el trabajo en equipo entre los servicios con un 61% y el aprendizaje organizacional para las mejoras continuas con un 58.9% de respuestas positivas mientras que las respuestas negativas en la percepción general de la seguridad del paciente con un 49,0% y en la frecuencia de incidentes reportados 38,8%.Esto evidencio que aún no llegamos cumplir según los criterios de la AHQR para catalogar como fortaleza ni como oportunidad de mejora en ninguna de las dimensiones.

Primera. Que el 61% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que el trabajo en equipo dentro del área con respuestas positivas, el 20.3% con respuestas negativas y el 20.3% con respuestas neutras. Siendo la dimensión con mayor puntuación en cuanto a respuestas positivas pero no se le considero como fortaleza ya que no supera el 75% de respuestas positivas, en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017, existio un adecuado trabajo en equipo dentro de las aéreas ya que entre ellos se apoyan el uno al otro, cuando se les presenta una carga laboral extra se apoyan entre ellos para poder terminarlo satisfactoriamente, se tratan con respeto y cuando están con apuros en la unidad o servicio otras le ayudan.

Segunda. Se evidencio, que el 45.5% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que la percepción y acciones del supervisor con respuestas positivas, el 28.9% con respuestas negativas y el 25.6% con respuestas neutras. Se evaluó la gestión del jefe inmediato y se evidencia que no fue adecuada que falta trabajar en estrategias para poder enfrentar los retos de la seguridad del paciente, que tiene que mejorar en la escucha activa con sus subordinados, considerar las sugerencias, considerar la presión laboral antes de indicarlo y estar atento a los problemas que ocurren en su unidad en el cual se encuentra a cargo.

Tercera. Se evidencio, que el 58.9% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que el aprendizaje organizacional para la mejora continua con respuestas positivas, el 21.1% con respuestas negativas y el 19.9% con respuestas neutras. Esta dimensión obtuvo la segunda puntuación alta en las respuestas positivas pero tampoco alcanza a ser una fortaleza, se realizaron actividades para la mejora de los demás, los errores que se cometieron han tratado de llevar a cambios positivos y se evaluó la efectividad de los cambios para la seguridad del paciente.

Cuarta. Se evidencio, que el 44.2% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que la percepción del apoyo de la dirección con respuestas positivas, el 28.7 % con respuestas neutras y el 27.1% con respuestas negativas. La dirección provee de adecuado ambiente laboral y los errores han generado cambios positivos.

Quinta. Se evidencio, que el 32.0% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que la percepción general de la seguridad del paciente con respuestas positivas, el 49.0% con respuestas negativas y el 19.3% con respuestas neutras. Existen errores por comisión o omisión se indago si existen los procedimientos efectivos para evitar errores en la atención sanitaria.

Sexta. Se evidencio, que el 40.9% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que la retroalimentación comunicación y el apoyo a la dirección con respuestas positivas, el 30.9% con respuestas neutras y el 28.2% con respuestas negativas. Se observa que hubo errores que no fueron informados por parte de la jefatura en los servicios con la intención de prevenirlos.

Séptima. Se evidencio, que el 38.2% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que el grado de apertura de la comunicación con respuestas negativas, el 40.7 % con respuestas positivas y el 21.1% con respuestas neutras. Esta dimensión represento la puntuación más baja

en cuanto a respuestas positivas a comparación de todas las dimensiones evidenciándose con esto que no hay una adecuada comunicación con sus compañeros de trabajo representado una problemática que repercute de manera negativa en la seguridad del paciente ya que por temor no se reporta ningún incidente aun usando el modelo de culpabilidad y punitiva que va en desmedro de los usuarios.

Octava. Se evidencio, que el 38.8% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que la notificación de eventos adversos con respuestas negativas, el 37.7 % con respuestas neutras y el 23.6% con respuestas positivas. Esta dimensión también representa que no se notifica de manera adecuada los incidentes reportados.

Novena. Se evidencio, que el 24.8% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que el trabajo en equipo entre las aéreas y servicios con respuestas negativas, el 30.5 % con respuestas neutras y el 24.8% con respuestas positivas.

Decima. Se evidencio, que el 46.3% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que la suficiencia, disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente con respuestas positivas, el 36.6% con respuestas negativas y el 17.1% con respuestas neutras.

Undécima. Se evidencio, que el 32.0% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que las transferencias y transacciones con respuestas negativas, el 27.0% con respuestas neutras y el 32.0% con respuestas positivas.

Duodécima. Se evidencio, que el 45.8% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que la respuesta no punitiva a los errores con respuestas neutras, el 30.4% con respuestas negativas y el 23.8% con respuestas positivas. Esto significa que para el 34% de los trabajadores

consideran que los errores son considerados en su contra y se preocupan de que estos sean guardados en su legajo, lo cual evidencia que aun en gran número de personas existe el temor comunicar los eventos adversos o los errores que cometieron y con esto no se está ayudando al desarrollo de una cultura de seguridad positiva de toda la institución.

VI. Recomendaciones

Se recomienda realizar un trabajo de investigación mixto a través de una encuesta semiestructurada para determinar la cultura de seguridad del paciente para determinar a profundidad los motivos por los cuales aún existe la cultura de la culpa del castigo en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, asimismo se recomienda aprovechar mejor los pocos recursos con los que se cuenta orientados a la cultura de seguridad del paciente como fomentar temas de capacitación de cultura de seguridad en forma permanente y sostenida ya que este tema es aun novedoso.

Primera. Que se trabaje y refuerce los puntos con mayor puntuación como en la dimensión del trabajo en equipo dentro del servicio con diversas estrategias como capacitaciones, estudios de casos con soluciones claras y no punitivas. Se refuerce el trabajo en equipo entre los trabajadores de la misma unidad usando estrategias claves de parte de los directivos para que se convierta a mediano plazo en una fortaleza.

Segunda. Que el director de la institución y los jefes inmediatos de cada área mejoren y desarrollen sus competencias gerenciales a fin de mejorar esta puntuación en cuanto a las expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad del paciente y convertirse en fortaleza.

Tercera. Que los directivos se enfoquen en esta dimensión aprendizaje organizacional para la mejora continua ya que es la segunda dimensión con puntaje alto en cuanto a respuestas positivas a fin de que a largo plazo se pueda convertir en fortaleza.

Cuarta. Se mejore la percepción y el apoyo por parte de la dirección para llegar a concretarse en un modelo de cultura positiva a fin de mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Quinta. Los trabajadores de este centro materno infantil desarrollen estrategias para no cometer errores por comisión u omisión y que por parte de la dirección se les apoye brindándoles capacitaciones constantes no una mayor carga laboral y

así de esta manera no haya posibilidades de cometer errores, también se sugiere que se verifique de manera constante la seguridad del paciente mediante una comisión que se forme con los mismos trabajadores de la institución que lleven la batuta hacia una cultura de seguridad del paciente positiva.

Sexta. Que el feedback se tiene que mejorar para esto todos los trabajadores tendrá que tener capacitaciones de sus habilidades y competencias de comunicación como la escucha activa.

Séptima. Se fortalezca los lazos de comunicación entre los trabajadores del establecimiento y que por parte del personal administrativo use un estilo de liderazgo democrático, el cual tenga un trato horizontal con sus subordinados para que se pueda brindar la confianza y se tenga una adecuada comunicación.

Octava. Capacitar sobre la notificación de los incidentes en el mismo momento de la ocurrencia de la misma, ya que esto es el pilar fundamental para el aprendizaje de los mismos y no volverlos a cometer bajo en esas mismas circunstancias.

Novena. Capacitar e integrar a los trabajadores del establecimiento mediante pausas activas dentro del horario de trabajo con una adecuada planificación, también promover reuniones de forma permanente para evaluar su integración entre ellos.

Decima. Mejorar la disponibilidad de personal para realizar un trabajo de calidad

Undécima. Que se mejore los cambios de turno y transiciones para que no se pierda información.

Duodécima. Que se mejore en la forma de enfocar los errores que se cometen con una mirada gerencial estratégica para erradicar una cultura punitiva.

VII. Referencias

- AHRQ, *Agencia de Investigación y Calidad de la Salud: Avanzando en la excelencia en el Cuidado de la Salud*. Recuperado el 16 de marzo del 2017 de <https://www.ahrq.gov/>.
- Alvarado, C. (2014). *Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval* (Tesis de Maestría, Universidad UNMSM). Perú). Recuperado el 29 de marzo del 2017 de <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/3678>
- Briceño, T. Y Suarez, M. (2011). *Implementar un modelo de cultura justa de seguridad del paciente en el servicio de medicina interna del hospital universitario HUS*, (Tesis de Especialidad, Universidad Autónoma de Bucaramanga). Colombia. Recuperado el 22 de marzo del 2017 de http://www.dalcame.com/wdescarga/seguridad_pte.pdf.
- Borba et al, N. (2016). Los resultados de una encuesta de cultura de seguridad en un hospital público de enseñanza en Ceará / Resultados de la Evaluación de la cultura: de seguridad en un hospital público de enseñanza Ceará La ID: BIBLIO-831876. *Revista de calidad asistencial*. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-analisis-modelado-cultura-seguridad-un-S1134282X1630015X>.
- Cabañas, R. (2009). Evaluación de la atención de la salud. *Revista Médica Hondureña*, 62(1994), 25-29. Recuperado de www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-11994-7.pdf
- Cosavalente, Y. (2013), en su trabajo de investigación: *Seguridad en el cuidado de la persona hospitalizada en el servicio de cirugía, hospital de Essalud Naylamp*. (Tesis de maestría, universidad católica santo Toribio de Mogrovejo) Perú. Recuperado el 17 de abril del 2017 <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/193>.
- Dirección De Red de Salud Villa el Salvador Lurín – Pachacamac – Pucusana

(2016). Instituto de Gestión de Servicios de Salud. *Plan Operativo Anual 2016*. Perú: El autor. Recuperado el 22 de Abril del 2017 de http://190.187.44.86:8080/www.drsvslpp.gob.pe/Portal_Transparencia/PlaneamientoOperativoAnual/PO.

Figuroa, M. (2016). *Cultura de seguridad del paciente por las enfermeras y su relación con los eventos adversos en el servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa, Pueblo Libre-2016*. (Tesis de maestría, universidad Cesar Vallejo,) Perú.

Giménez, T. (2013). *Análisis de la cultura de seguridad de los pacientes a directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón*. (Tesis de doctorado, Universidad Zaragoza). España. Recuperado el 29 de marzo del 2017 de <https://zaguan.unizar.es/record/13274/files/TESIS-2013-157.pdf>

Giraldo, A. y Montoya, M. (2013). *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia* (Tesis de Maestría, Universidad CES). Colombia. Recuperado el 23 de marzo del 2017 de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/2009/2/Evaluacion_Cultura_Seguridad.pdf

López, V., Puentes, M., Ramírez, A, (2016). *Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta*. (Tesis de Maestría, Universidad del Rosario). Colombia. Recuperado el 20 de marzo del 2017 de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12137/Medici%C3>

Leonard G. Feld, MD, PhD, MMM, FAAP Shabnam Jain, MD, FAAP (2009) *Clínicas pediátricas de Norteamérica, título calidad de las asistencias pediátricas volumen 56 año 2009*

Leon, P. (2013) cultura de seguridad del paciente, congreso: *Tópicos de calidad en salud, subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud dirección general de calidad y educación en salud e salud.*

Libro blanco de la cultura de seguridad, (2016). Recuperado el 29 de marzo del 2017 de <http://www.enaire.es/csee/Satellite/SeguridadOperacionalINA/es/Page/1228215412750/1228215409292/Libro-Blanco-de-la-Cultura-de-Seguridad.html>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista L. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mcgraw-hill / interamericana editores, s .a. de cv.

Martin, B. y Magallanes, M. (2016). *Clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del instituto nacional de salud mental Honorio delgado-Hideyo Noguchi.Lima-2016*. (Tesis de maestría, universidad Cesar Vallejo) Perú.

Mérida, F. y Moreno, E. (2012). *Fundamentos de seguridad del paciente Argentina: Medica Panamericana, S. A.*

Mir, R., Falco, A., De la Puente, M. (2017). Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionados. *GacSanit.* 31(2), 145-149. Recuperado el 3 de febrero del 2017 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112017000200145&lang=es

Ministerio de Salud. Dirección De Red de Salud Villa el Salvador Lurín – Pachacamac – Pucusana (2015). Instituto de Gestión de Servicio de la Salud. *Análisis de la situación de salud*. Perú: El autor. Recuperado el 23 de febrero del 2017 de http://190.187.44.86:8080/www.drsveslpp.gob.pe/Portal_Transparencia/inicio/ASISDRSVESLPP2015

- Orkaizagirre, A. (2016). *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias*. (Tesis de doctorado, Universidad Zaragoza). España. Recuperado el 29 de marzo del 2017 de <https://zaguan.unizar.es/record/48392/files/TESIS-2016>.
- Reason, J. (2000). Error Humano: Modelos y gestión. *Thebjm*. BJM 2000; 320:768. <https://doi.org/10.1136/bjm.320.7237.768>
- Vera, J. (2011). Psicología social y el concepto de cultura. *Revista de psicología* 2(2), 7-17. Recuperado el 25 de marzo de <https://www.ehu.eus>.
- Velásquez, J., Suarez, H., Reyes, J., (2016). Análisis y modelado de la cultura de seguridad de un hospital mexicano mediante Cadenas de Markov. *Calidad Asistencial*. 31, 14-309. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-analisis-modelado-culturaseguridad-un-S1134282X1630015X>
- Vincent, C., Amalberti, R. (2016). Seguridad del paciente estrategias para una asistencia sanitaria más segura. *Modus Laborandi* S.L. Recuperado de www.moduslaborandi.com el 29 de agosto.

Anexo 1
Artículo de científico

“Cultura de seguridad del paciente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017”

Autor: Nancy Isabel Ccencho Salcedo,ccenchonancy@gmail.com

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo fundamental describir la cultura de seguridad del paciente del Centro Materno Infantil Juan Pablo II durante el año 2017. La investigación se desarrolló con un enfoque cuantitativo y fue de tipo básica de nivel descriptivo, por lo que se aplicó un diseño no experimental de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por los trabajadores del centro materno infantil Juan Pablo II, el instrumento utilizado para el recojo de datos fue el cuestionario y la técnica empleada la encuesta. La muestra estuvo conformada por 123 trabajadores del centro materno infantil Juan Pablo II. De los resultados obtenidos, 123 trabajadores se encontró en los resultados de acuerdo a los datos las cuales evidenciaron que aún no se evidencio fortalezas y como oportunidades de mejora se encontró el trabajo en equipo a través de las unidades o servicios y como oportunidad de mejora se encontró al aprendizaje organizacional para la mejora, con un 52.8% de respuestas lo cual refleja que más de la mitad de los encuestados están dispuestos al aprendizaje organizacional para la mejora.

Finalmente se concluyó que aún no hay una cultura positiva en cuanto a la cultura de seguridad del paciente que está en proceso y más bien tiene falencias que deben ser fortalecidas por los directivos en cooperación con los trabajadores del Centro materno infantil Juan Pablo II. Asimismo respecto el nivel de las 12 dimensiones estudiadas la percepción general de seguridad del paciente que obtiene un 49.0% constituyéndose una de las dimensiones que hay que trabajar para poder revertirlo.

Palabras clave: cultura de seguridad, seguridad, error.

Abstract

The main objective of this research was to describe the patient safety culture of the Juan Pablo II Mother and Child Center during 2017

The research was developed with a quantitative approach and was a basic type of descriptive level, so a non-experimental cross-sectional design was applied. The study population consisted of the workers of the Juan Pablo II maternal and child center, the instrument used to collect data was the questionnaire and the technique used in the survey. The sample consisted of 123 workers from the Juan Pablo II maternal and child center. Of the results obtained, 123 workers were found in the results according to the data which showed that strengths were not yet evident and as opportunities for improvement teamwork was found through the units or services, that 85.4% of the workers of the Maternal and Child Center Juan Pablo II did not report any incident in the last twelve months a culture of moderate security and as an opportunity for improvement, organizational learning was found for improvement, with 52.8% of responses reflecting that more of half of the respondents are willing to organizational learning for improvement.

Finally, it was concluded that there is not yet a positive culture in terms of the patient safety culture that is in process and rather has shortcomings that must be strengthened by the directors in cooperation with the workers of the Juan Pablo II Mother and Child Center. Likewise, regarding the level of the 12 dimensions studied the general perception of patient safety that obtains 49.0% constituting one of the dimensions that must be worked to be able to revert it.

Keywords: safety culture, safety, error

Introducción

La cultura de seguridad en el paciente es de suma importancia su estudio porque se estaría abordando un tema que en nuestro país es poco estudiado y se ahorraría dinero en el cual es un La investigación propuesta buscó mediante la aplicación de la encuesta de la cultura de seguridad del paciente; incrementar el conocimiento acerca de la cultura de seguridad del paciente para encontrar una descripción del nivel de cultura que tenían en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, que afectan al directamente la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

Asimismo los resultados obtenidos nos permitió demostrar que la cultura de seguridad del paciente estuvo aún en proceso y que se tiene que trabajar según el modelo de James Reason centrarnos en el modelo estructural ya que es un requisito indispensable para evitar errores en la atención permanente en el sistema sanitario, que según la Organización mundial de la salud constituye una de las principales metas a lograr. En este sentido se ha descrito que a partir del modelo de Reason para que puedan ser tomadas en cuenta con la finalidad de disminuirlas o eliminarlas, beneficiando de esta manera a los usuarios del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, el uso de este modelo permitirá mejorar la cultura de seguridad del paciente y consiste en que un accidente es la consecuencia final de una superposición de fallas, desde la última línea de defensa, pasando por los fallos de la organización hasta el acto inseguro de la persona, por eso es fundamental identificar a tiempo que aspectos o decisiones de la organización pueden haber sido un factor condicionante en un accidente y como el centro materno infantil Juan Pablo II puede aprender de un accidente, perfeccionando sus defensas en un ciclo de mejora continua y con esto se disminuiría los errores y se lograría una notable disminución de errores y por ende se mejoraría en la cultura de seguridad del paciente.

El informe del Comité de Calidad de la Salud en América IOM (2000) hace un llamado al congreso para crear un centro nacional para la seguridad del paciente dentro de la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud AHRQ y al desarrollo de nuevas herramientas y sistemas de atención para los pacientes con la intención de que sea más sencillo hacer las cosas bien y más complicado hacer las cosas

mal ya que en este informe se reportó que 44000 y 98000 personas fallecían al año por errores que cometían el personal de salud, errores prevenibles, por otro lado el informe del foro nacional de calidad (2003), la cultura positiva en seguridad del paciente es fundamental en las instituciones de salud para prevenir o evitar posibles efectos adversos y de esta forma aprender de los errores de forma proactiva, con la finalidad de plantear nuevas estrategias o rediseñar los procesos con la intención de que estos errores no se vuelvan a cometer, en este sentido la consecución de una adecuada cultura de seguridad del paciente ha sido señalado como una de las primeras “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente. Por otro lado para la organización mundial de la salud: La seguridad del paciente vendría a ser la reducción del riesgo de daños no necesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones de grupo de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro, Organización Mundial de Salud, (2009).

La investigación se llevó a cabo en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II que es una Microrred, ubicada en el distrito de Villa El Salvador, conformada por la mayor población asignada, 19% dentro de su jurisdicción;

En este establecimiento son notorias las carencias o deficiencias en cultura de seguridad, hace falta mejorar la higiene de las manos para prevenir las enfermedades asociadas con la atención de la salud, conocer la importancia que tiene la cultura de seguridad del paciente por ser un tema que tiene pocos años aún se conoce muy poco de esto en esta institución, eliminar la cultura de la culpa ya que aún se sigue los modelos antiguos y existe temor en todos los niveles y se acostumbra a señalar solo a la persona que cometió el error sea por omisión o comisión, gestionar el modelo estructural ya que no se ejecuta aun este modelo por circunstancias como falta de tiempo, saturación de pacientes con la finalidad de mejorar la interrelación de todos los servicios y las funciones de todos tanto asistenciales como administrativos con la intención de mejorar el trabajo en equipo, la comunicación, promover en la información de los errores y los eventos adversos con la intención de aprender de ellos mas no sancionarlos. Siempre que otros

Problemas con la cultura de seguridad existían pero que no hay reportes por temor, existe una cantidad errores por omisión como la falta del lavado de manos por parte del personal, etc. que no se encuentran reportados. Cabe mencionar que a pesar de que este tema ha sido investigado en otros países, en nuestro medio aún no se le ha tomado en cuenta con la importancia que se merece, Con lo anterior se puede observar que en este establecimiento de salud su medición pueda utilizarse para monitorizar el cambio de una forma eficiente. En nuestro país aún existe escasa investigación en cuanto a la cultura de seguridad del paciente lo que genera relevancia de esta investigación. La evidencia es poca a nivel nacional lo que conlleva a un vacío del conocimiento en esta temática y por ende se hace necesaria a profundizar la pesquisa en cultura de seguridad. Esto, permitirá ampliar el interés y demostrar que hay formas de mejorar la cultura de seguridad del paciente en coordinación con el equipo multidisciplinario en salud para brindar una atención de calidad al usuario.

Metodología

El presente trabajo se realizó bajo un enfoque cuantitativo porque se ha seguido un patrón estructurado y objetivo usando la medición para hallar los rangos de las barreras viendo de esta manera con que magnitud ocurren aportando a la teoría señalada en el marco teórico. Además se basó en la recolección de datos analizados con métodos estadísticos, para describir la cultura de seguridad del paciente, bajo el método científico deductivo (Hernández, *et al.* 2014).

La investigación fue básica de nivel descriptivo según la clasificación de Hernández, Fernández y Baptista (2014).

Básica, porque con los datos obtenidos se aumentó el conocimiento sobre la variable cultura de seguridad del paciente del Centro Materno Infantil Juan Pablo en un contexto en donde aún no se le había estudiado.

Descriptiva, porque se describió, detalló o señalo tal y como se presentaron la cultura de seguridad del paciente y sus dimensiones percibidos por los trabajadores del centro materno infantil Juan Pablo II.

El presente trabajo se desarrolló con un diseño no experimental porque se observó la variable tal y como se presentó en su medio natural sin realizar ninguna intervención o manipulación por parte del investigador al momento de recoger la

información y es de tipo transversal porque dicha recolección de datos se realizó en un mismo y único momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

La población estuvo constituida por el personal del establecimiento personal asistencial, administrativo nombrado y contratado

Resultados

En la presente investigación los datos encontrados, procesados y analizados evidenciaron que del conjunto de los trabajadores del centro materno infantil Juan Pablo II encuestados consideraron el trabajo en equipo entre aéreas o servicios muestra una percepción negativa con un 19.9% de respuestas negativas y el trabajo en equipo dentro del aérea o servicio fue positiva con un 61% de respuestas positivas. Los trabajadores consideran que el trabajo en equipo en su aérea o servicio es buena y que el trabajo en equipo entre las aéreas o servicios es negativa. En pesquisas realizadas se observó un comportamiento similar siendo esto la dimensión que obtuvo el más bajo puntaje de respuestas positivas. López *et. al* (2016).

En la dimensión de frecuencia de incidentes reportados, alcanzo un 23.6% de respuestas positivas. En la dimensión de retroalimentación, comunicación y apoyo de la dirección fue de un 40.9% las respuesta positivas y la respuesta no punitiva al error fue de 30.4%. Esto sugiere que aunque se ha fomentado la cultura del reporte de eventos de seguridad del paciente se debe reforzar el enfoque no punitivo para que de esta forma se pueda romper el paradigma tradicional de la cultura de la culpa y el castigo.

La dimensión que evalúa las transferencias y transiciones dio como resultado que el 29.7% de respuestas positivas esto nos hace reflexionar que se deben revisar los esquemas usados.

El porcentaje de respuesta positiva del apoyo administrativo a la seguridad del paciente 42.5% lo cual refleja que hay apoyo pero no es aun lo suficiente y esto es fundamental para la calidad en las prestaciones asistenciales.

Y la dimensión que evalúa la gestión del supervisor directo para fomentar la seguridad del paciente fue de 40.2%. esto quiere decir que aún está en proceso de mejora.

El grado en que la comunicación es abierta se obtuvo un puntaje con el 29%, de respuestas positivas esta intervención requiere un plan de acción inmediato, ya que uno de los caminos efectivos para mejorar la cultura de seguridad y prevenir daños o eventos adversos a los pacientes es optimizar la comunicación relacionada con la seguridad en la organización, lamentablemente los trabajadores a menudo cometen errores por omisión ya que no comunican cuando observan situaciones riesgosas, aun sabiendo que deberían hacerlo.

Con referente a la dimensión de personal se obtuvo una respuesta positiva de 46.3% que refleja que hubo una buena cantidad de recurso humano. Los encuestados mostraron una cantidad de 58.9% en el mejoramiento continuo y aprendizaje organizacional, siendo la segunda dimensión con más porcentaje de respuestas positivas.

Conclusiones:

El estudio permitió medir la cultura de seguridad en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, esto facilitara su seguimiento, y orientara las estrategias para la mejora en el trabajo de los puntos débiles y reforzara los puntos fuertes, se concluye que aún no hay una cultura positiva. Y que las dimensiones que mejor puntuaron en la cultura de seguridad en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2017 fueron el trabajo en equipo entre los servicios con un 61% y el aprendizaje organizacional para las mejoras continuas con un 58.9% de respuestas positivas mientras que las respuestas negativas en la percepción general de la seguridad del paciente con un 49,0% y en la frecuencia de incidentes reportados 38,8%. Esto evidencio que aún no llegamos cumplir según los criterios de la AHQR para catalogar como fortaleza ni como oportunidad de mejora en ninguna de las dimensiones.

Discusión

Que el 61% de trabajadores de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II año 2017 manifestaron que el trabajo en equipo dentro del área o servicio con respuestas positivas siendo la dimensión con mayor puntuación más aun no se constituyó como fortaleza en cambio estas pesquisas si llegaron a constituirse como una fortaleza ya que también obtuvieron el mayor puntaje de respuestas positivas de todas las dimensiones en los trabajos de investigación y superaron el

75% de respuestas positivas. Mir.et al (2016), Orkaizaguirre (2016), Giraldo y Montoya (2013).

Como oportunidad de mejora el trabajo en equipo entre áreas o servicios con un 52.8% constituyéndose una oportunidad de mejora el cual no coincide con ninguna pesquisa.

Referencias

AHRQ, Agencia de Investigación y Calidad de la Salud: Avanzando en la excelencia en el Cuidado de la Salud .Recuperado el 16 de marzo del 2017 de <https://www.ahrq.gov/>.

Alvarado, C. (2014). Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval (Tesis de Maestría, Universidad UNMSM). Perú. Recuperado el 29 de marzo del 2017 de <http://200.62.146.130/handle/cybertesis/3678>

Briceño, T. Y Suarez, M. (2011). Implementar un modelo de cultura justa de seguridad del paciente en el servicio de medicina interna del hospital universitario HUS, (Tesis de Especialidad, Universidad Autónoma de Bucaramanga). Colombia. Recuperado el 22 de marzo del 2017 de http://www.dalcame.com/wdescarga/seguridad_pte.pdf.

Borba et al, N. (2016). Los resultados de una encuesta de cultura de seguridad en un hospital público de enseñanza en Ceará / Resultados de la Evaluación de la cultura: de seguridad en un hospital público de enseñanza Ceará La ID: BIBLIO-831876. Revista de calidad asistencial. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-analisis-modelado-cultura-seguridad-un-S1134282X1630015X>.

Cabañas, R. (2009). Evaluación de la atención de la salud. Revista Médica Hondureña, 62(1994), 25-29. Recuperado de www.bvs.hn/RMH75/pdf/1994/pdf/Vol62-11994-7.pdf

Cosavalente, Y. (2013), en su trabajo de investigación: Seguridad en el cuidado de la persona hospitalizada en el servicio de cirugía, hospital de Essalud Naylamp. (Tesis de maestría, universidad católica santo Toribio de Mogrovejo) Perú. Recuperado el 17 de abril del 2017 <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/193>.

Dirección De Red de Salud Villa el Salvador Lurín – Pachacamac – Pucusana

(2016). Instituto de Gestión de Servicios de Salud. Plan Operativo Anual 2016. Perú: El autor. Recuperado el 22 de Abril del 2017 de http://190.187.44.86:8080/www.drsvslpp.gob.pe/Portal_Transparencia/PlaneamientoOperativoAnual/PO.

Figuroa, M. (2016). Cultura de seguridad del paciente por las enfermeras y su relación con los eventos adversos en el servicio de emergencia del Hospital Santa Rosa, Pueblo Libre-2016. (Tesis de maestría, universidad Cesar Vallejo,) Perú.

Giménez, T. (2013). Análisis de la cultura de seguridad de los pacientes a directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón. (Tesis de doctorado, Universidad Zaragoza). España. Recuperado el 29 de marzo del 2017 de <https://zaguan.unizar.es/record/13274/files/TESIS-2013-157.pdf>

Giraldo, A. y Montoya, M. (2013). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia (Tesis de Maestría, Universidad CES). Colombia. Recuperado el 23 de marzo del 2017 de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/2009/2/Evaluacion_Cultura_Seguridad.pdf

López, V., Puentes, M., Ramírez, A, (2016). Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta. (Tesis de Maestría, Universidad del Rosario). Colombia. Recuperado el 20 de marzo del 2017 de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12137/Medici%C3>

Leonard G. Feld, MD, PhD, MMM, FAAP Shabnam Jain, MD, FAAP (2009) Clínicas pediátricas de Norteamérica, título calidad de las asistencias pediátricas volumen 56 año 2009

Leon, P. (2013) cultura de seguridad del paciente, congreso: Tópicos de calidad en salud, subsecretaría de integración y desarrollo del sector salud dirección general de calidad y educación en salud e salud.

Libro blanco de la cultura de seguridad, (2016). Recuperado el 29 de marzo del 2017 de <http://www.enaire.es/csee/Satellite/SeguridadOperacionalNA/es/Page/1228215412750/1228215409292/Libro-Blanco-de-la-Cultura-de-Seguridad.html>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista L. (2014). Metodología de la Investigación. México: Mcgraw-hill / interamericana editores, s .a. de cv.

Martin, B. y Magallanes, M. (2016). Clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del instituto nacional de salud mental Honorio delgado-Hideyo Noguchi. Lima-2016. (Tesis de maestría, universidad Cesar Vallejo) Perú.

Mérida, F. y Moreno, E. (2012). Fundamentos de seguridad del paciente Argentina: Medica Panamericana, S. A.

Mir, R., Falco, A., De la Puente, M. (2017). Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionados. *GacSanit.* 31(2), 145-149. Recuperado el 3 de febrero del 2017 de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112017000200145&lang=es

Ministerio de Salud. Dirección De Red de Salud Villa el Salvador Lurín – Pachacamac – Pucusana (2015). Instituto de Gestión de Servicio de la Salud. Análisis de la situación de salud. Perú: El autor. Recuperado el 23 de febrero del 2017

de http://190.187.44.86:8080/www.drsvslpp.gob.pe/Portal_Transparencia/inicio/ASISDRSVESLPP 2015

Orkaizagirre, A. (2016). La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias. (Tesis de doctorado, Universidad Zaragoza). España. Recuperado el 29 de marzo del 2017 de <https://zaguan.unizar.es/record/48392/files/TESIS-2016>.

Reason, J. (2000). Error Humano: Modelos y gestión. *Thebjm.* BJM 2000; 320:768.

<https://doi.org/10.1136/bjm.320.7237.768>

Vera, J. (2011). Psicología social y el concepto de cultura. *Revista de psicología* 2(2), 7-17. Recuperado el 25 de marzo de <https://www.ehu.eus>.

Velásquez, J., Suarez, H., Reyes, J., (2016). Análisis y modelado de la cultura de seguridad de un hospital mexicano mediante Cadenas de Markov. *Calidad Asistencial.* 31, 14-309. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-analisis-modelado-culturaseguridad-un-S1134282X1630015X>

Vincent, C., Amalberti, R. (2016). Seguridad del paciente estrategias para una asistencia sanitaria más segura. *Modus Laborandi S.L.* Recuperado de www.moduslaborandi.com el 29 de agosto.

Anexo 2
Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA					
TÍTULO: Cultura de seguridad del paciente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017.					
Problema general	Objetivo general	Variables			
¿Cómo es la cultura de seguridad del paciente en el CMI Juan Pablo II año 2017?	¿Describir cómo es la cultura de seguridad del paciente en el CMI Juan Pablo II?	Variable : Cultura de seguridad del paciente			
		Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala y valores
					Niveles y rangos
Problemas específicos	Objetivos específicos				
¿Cómo es el trabajo en equipo dentro del servicio?	Describir como es el trabajo en equipo dentro del servicio	Trabajo en equipo dentro del servicio.	-apoyo, respeto, solidaridad	1, 3, 4 y 11	Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) De acuerdo (4) Muy de acuerdo (5)
¿Cuáles son las expectativas y acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes?	Describir cuales son las expectativas y acciones del supervisor o jefe para promover la seguridad de los pacientes	Expectativas y acciones del supervisor / jefe para promover la seguridad de los pacientes.	-aprobación, escucha, aumento de carga laboral, no toma en cuenta los problemas.	19,20,21 y 22	Negativo. [04-09] Neutro [10-15] Positivo [16 – 20]
¿Qué tipo de aprendizaje organizacional posee el equipo del Centro Materno Infantil para la mejora continua en la seguridad del paciente?	Describir cuál es el tipo de aprendizaje organizacional que posee el equipo del Centro Materno Infantil para la mejora continua en la seguridad del paciente	Aprendizaje organizacional que posee para la mejora continua en la seguridad	-actividades para la mejora, errores promueven cambios positivos, evaluación de la efectividad de los cambios.	6, 9 y 13	
¿Qué tipo de apoyo realizara la dirección del centro Materno Infantil en relación a la seguridad del paciente?	Describir cual es el apoyo realizara la dirección del centro Materno Infantil en relación a la seguridad del paciente	Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente	-buen ambiente laboral , prioridad y errores a cambios positivos	32 ,39 y 40	
¿Qué percepción posee el equipo de salud en relación a la seguridad del paciente?	Describir como es la percepción general de la seguridad del paciente	Percepción general de la seguridad del paciente	-errores, seguridad garantizada, prevención	10, 15, 17 y 18	

¿Qué tipo de retroalimentación, comunicación y el apoyo de la dirección del centro materno infantil cuanto a la seguridad del paciente?	Describir cual es la retroalimentación, comunicación y el apoyo de la dirección del centro materno infantil cuanto a la seguridad del paciente.	Comunicación e información sobre errores	-Información y prevención de errores	23, 25 y 27
		Apertura en la comunicación del equipo multidisciplinario	- Libertad, temor	24, 26, y 28
¿Cuál es la apertura en la comunicación que existe en el equipo multidisciplinario?	Describir el grado de apertura en la comunicación que existe en el equipo multidisciplinario.	Frecuencia de incidentes reportados	-frecuencia	29, 30 y 31
¿Cuál es la frecuencia del reporte de incidentes de seguridad del paciente?	Describir cual es la frecuencia del reporte de incidentes de seguridad del paciente.	Trabajando en equipo a través de las unidades	Trabajan bien y juntos o no coordinan o es desagradable	33, 35, 37 y 41
¿Cómo es el trabajo en equipo entre las áreas o servicios?	Describir cual es el trabajo en equipo entre las áreas o servicios.	El personal	Suficiente, trabaja más horas, usa más personal, intentamos hacer mucho	2, 5, 7 y 14
		Cambios de turno y transiciones	Se pierde de unidad a otra, durante el cambio de turno, intercambio de información de un servicio a otro, cambio de turno es un problema para el centro materno infantil	34, 36, 38 Y 42
¿Cuál es la suficiencia disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente?	Describir cual es la suficiencia disponibilidad y gestión en la seguridad del paciente	Respuesta no punitiva a errores.	Errores en contra de su persona, la persona es mal vista no el error y preocupación de que estos sean guardados en sus expedientes.	8, 12 y 16
¿Cómo es el cambio de turno y transiciones de pacientes?	Describir como es el cambio de turno y transiciones de pacientes			
¿La respuesta no punitiva a los errores se realiza en el centro materno infantil Juan Pablo II?	Describir la respuesta no punitiva a los errores se realiza en el centro materno infantil Juan Pablo II			

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA A UTILIZAR
<p>TIPO: El trabajo corresponde a una investigación básica de nivel descriptivo.</p> <p>DISEÑO: No experimental de corte transversal.</p> <p>MÉTODO: Deductivo</p>	<p>POBLACIÓN: Estará constituida por los trabajadores del Centro Materno Infantil JP II. Se considerarán como criterios de inclusión, el estar trabajando en Centro Materno Infantil JP II.</p>	<p>Variable : Cultura de seguridad del paciente Técnicas: Encuesta Instrumento: Adaptacion Del Cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture, diseñado por la AHRQ, de estados unidos.</p> <p>Autor: Año: 2004 Monitoreo: ninguno Ámbito de Aplicación: Centro Materno Infantil JP II Forma de Administración: individual</p>	<p>DESCRIPTIVA: Una vez recolectados los datos de la investigación, se procederá al análisis estadístico respectivo. Los datos serán tabulados y se presentarán en las tablas y figuras de distribución de frecuencias, para lo cual se empleará el software estadístico SPSS V 21.</p>

Anexo 3

Matriz de operacionalización de las variables

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y valores	Niveles y rangos
Trabajo en equipo dentro del servicio.	-Trabajo en equipo dentro del servicio	1, 3, 4 y 11	Escala de Likert Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) De acuerdo (4) Muy de acuerdo (5)	Trabajo en equipo dentro del servicio: Negativo: [04-09] Neutro:[10 – 15] Positivo: [16 – 20]
Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad de los pacientes.	-Comentarios favorables -Considera la sugerencia -presión de parte del jefe cuando hay mayor carga laboral -supervisor no hace caso de los problemas que ocurren	19,20,21 y 22		Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad de los pacientes: Negativo: [04-09] Neutro: [10 – 15] Positivo: [16 – 20]
Aprendizaje organizacional que posee para la mejora continua en la seguridad	Hacemos cosas para la mejora de los demás -los errores han llevado a cambios positivos -evaluamos la efectividad de los cambios para la seguridad del paciente	6, 9 y 13		Aprendizaje organizacional para la mejora continua: Negativo : [03 – 07] Neutro: [08 – 11] Positivo: [12 - 15]
Apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente	-La Dirección provee un buen ambiente laboral , le da una alta prioridad importante y los errores a cambios positivos	32,39 y 40		Apoyo de la gerencia para la seguridad del paciente: Negativo: [03 – 07] Neutro: [08 – 11] Positivo: [12 - 15]
Percepción general de la seguridad del paciente	-Solo por casualidad hay errores, nunca se sacrifica por más trabajo, existen problemas de seguridad del paciente en el servicio y si contamos con procedimientos efectivos	10, 15, 17 y 18		Percepción general de la seguridad del paciente: Negativo: [04-09] Neutro: [10 – 15] Positivo: [16 – 20]

Retroalimentación, comunicación y apoyo de la dirección	Información de errores por parte de jefatura ,en los servicios y prevención de errores	23, 25 y 27		Retroalimentación y comunicación de errores: Negativo: [03 – 07] Neutro: [08 – 11] Positivo: [12 - 15]
Apertura de la comunicación del equipo multidisciplinario	Personal habla y cuestiona libremente o tiene temor	24, 26, y 28		Apertura de la comunicación del equipo multidisciplinario: Negativo: [03 – 07] Neutro: [08 – 11] Positivo: [12 - 15]
Frecuencia de incidentes reportados	Se comete el error y es corregido, y si no tiene el potencial de dañar, y que podía dañar	29, 30 y 31		Frecuencia de incidentes reportados: Negativo: [03 – 07] Neutro: [08 – 11] Positivo: [12 - 15]
Trabajo en equipo entre áreas o servicios	Trabajan bien y juntos o no coordinan o es desagradable	35, 41, 33 y 37		Trabajo en equipo entre áreas o servicios: Negativo: [04-09] Neutro:[10 – 15] Positivo:[16 – 20]
El personal: Suficiencia, disponibilidad	Suficiente, trabaja más horas, usa más personal, intentamos hacer mucho	2, 5, 7 y 14		El personal: Suficiencia, disponibilidad Negativo : [04 – 09] Neutro: [10 – 15] Positivo: [16 - 20]
Cambios de turno y transiciones	Se pierde de unidad a otra, durante el cambio de turno, intercambio de información de un servicio a otro, cambio de turno es un problema para el centro materno infantil	34, 36, 38 Y 42		Cambios de turno y transiciones: Negativo: [04-09] Neutro: [10-15] Positivo: [16-20]
Respuesta no punitiva a errores.	Errores en contra de su persona, la persona es mal vista no el error y preocupación de que estos sean guardados en sus expedientes.	8, 12 y 16		Respuesta no punitiva a errores: Negativo: [03-07] Neutro: [08 – 12] Positivo: [13-17]

Anexo 4
Instrumento

Cuestionario sobre la cultura de seguridad de los pacientes

N						
	Sección A: servicio donde usted trabaja por favor indique de acuerdo en desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su servicio indique su respuesta marcando un aspa	Muy en desacuerdo	en desacuerdo	ni de acuerdo ni desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo
1	La gente se apoya mutuamente en este servicio	1	2	3	4	5
2	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga laboral.	1	2	3	4	5
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo rápidamente, trabajamos en equipo para terminarlo.	1	2	3	4	5
4	En este servicio o nos tratamos todos con respeto	1	2	3	4	5
5	El personal de este servicio trabaja más horas de lo habitual para el beneficio del paciente.	1	2	3	4	5
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
7	En ocasiones no se presta la mejor atención porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	1	2	3	4	5
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	1	2	3	4	5
9	Cuando se detecta algún fallo en la atención del paciente se llevan a cabo medidas apropiadas para evitar que ocurran de nuevo.	1	2	3	4	5
10	No se producen más fallos por casualidad	1	2	3	4	5
11	Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo suele encontrar apoyo en los compañeros	1	2	3	4	5
12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa buscan al culpable.	1	2	3	4	5
13	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad	1	2	3	4	5
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas.	1	2	3	4	5
15	La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo	1	2	3	4	5
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	1	2	3	4	5
17	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en este servicio.	1	2	3	4	5
18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueden ocurrir	1	2	3	4	5

	sección B: jefe del servicio del establecimiento por favor indique de acuerdo en desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su jefe inmediato o la persona a la que usted reporta directamente indique su respuesta marcando un aspa	Muy en desacuerdo	en desacuerdo	ni de acuerdo ni desacuerdo	de acuerdo	muy de acuerdo
19	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
20	Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5
21	Cuando aumenta la presión de trabajo, mi jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5
22	Mi jefe pasa por alto los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren habitualmente.	1	2	3	4	5
	Sección C: Comunicación	nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	siempre
23	La jefatura nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.	1	2	3	4	5
24	El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	1	2	3	4	5
25	Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio.	1	2	3	4	5
26	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	1	2	3	4	5
27	En este servicio hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	1	2	3	4	5
28	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien	1	2	3	4	5
	Sección D: Comunicación en su servicio de trabajo, cuando los errores suceden, ¿Qué tan a menudo son reportados?	nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	siempre
29	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	1	2	3	4	5
30	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	1	2	3	4	5
31	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	1	2	3	4	5
32	La gerencia de este centro materno infantil facilita de un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1	2	3	4	5

	sección E: Su establecimiento por favor indique de acuerdo en desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su establecimiento indique su respuesta marcando un aspa	Muy desac uerdo	En desac uerdo	Ni de acuerdo ni desacuer do	De acuerd o	Muy de acue rdo
33	Hay buena cooperación entre los servicios de este centro materno infantil que necesitan trabajar juntas.	1	2	3	4	5
34	La información de los pacientes se pierde en parte, cuando esto se transfiere desde un servicio a otro.	1	2	3	4	5
35	Hay buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar en equipo.	1	2	3	4	5
36	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente	1	2	3	4	5
37	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios.	1	2	3	4	5
38	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1	2	3	4	5
39	Las acciones de la gerencia de este centro materno infantil muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	1	2	3	4	5
40	Si los compañeros o los superiores se enteran de que es cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	1	2	3	4	5
41	Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1	2	3	4	5
42	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1	2	3	4	5

Anexo 5
Certificado de validez
de los instrumentos

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

N	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	La gente se apoya mutuamente en este servicio o unidad	✓		✓		✓		
2	Cuando tenemos que hacer mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	✓		✓		✓		
3	En este servicio o unidad el personal se trata con respeto	✓		✓		✓		
4	Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2	Si	No	Si	No	Si	No	
5	Mi supervisor/jefe hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos para la seguridad del paciente	✓		✓		✓		
6	Mi supervisor/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes	✓		✓		✓		
7	Cuando aumenta la presión de trabajo, mi supervisor/jefe pretende que trabajemos mas rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente	✓		✓		✓		
8	Mi jefe/ supervisor pasa por alto los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren habitualmente	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3	Si	No	Si	No	Si	No	
9	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	✓		✓		✓		
10	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurran de nuevo	✓		✓		✓		
11	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad	✓		✓		✓		

	DIMENSIÓN 4	Si	No	Si	No	Si	No	
12	La dirección de este centro materno infantil facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente	✓		✓		✓		
13	Las acciones de la dirección de este centro materno infantil muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	✓		✓		✓		
14	la gerencia del centro materno infantil solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 5	Si	No	Si	No	Si	No	
15	No se producen más fallos por casualidad	✓		✓		✓		
16	La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo	✓		✓		✓		
17	Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes es esta unidad	✓		✓		✓		
18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que pueden ocurrir	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 6	Si	No	Si	No	Si	No	
19	La jefatura nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.	✓		✓		✓		
20	Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	✓		✓		✓		
21	En esta unidad hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 7	Si	No	Si	No	Si	No	
22	El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	✓		✓		✓		
23	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad	✓		✓		✓		
24	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 8	Si	No	Si	No	Si	No	
25	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	✓		✓		✓		

26	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	✓		✓		✓	
27	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente	✓		✓		✓	

DIMENSIÓN 9		Si	No	Si	No	Si	No
28	Hay buena cooperación entre los servicios o unidades de este centro materno infantil que necesitan trabajar juntas	✓		✓		✓	
29	Hay buena cooperación entre los servicios o unidades que tienen que trabajar en equipo	✓		✓		✓	
30	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios o unidades	✓		✓		✓	
31	los servicios o unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes	✓		✓		✓	
DIMENSIÓN 10		Si	No	Si	No	Si	No
32	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga laboral	✓		✓		✓	
33	A veces no se puede proporcionar la mejor atención porque la jornada laboral es agotadora	✓		✓		✓	
34	En ocasiones no se presta la mejor atención porque hay demasiados sustitutos o personal temporal	✓		✓		✓	
35	Trabajamos para presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa	✓		✓		✓	
DIMENSIÓN 11		Si	No	Si	No	Si	No
36	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando estos se transfieren desde un servicio o unidad a otra	✓		✓		✓	
37	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente	✓		✓		✓	
38	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático	✓		✓		✓	
39	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	✓		✓		✓	

DIMENSIÓN 12		Si	No	Si	No	Si	No
40	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra	✓		✓		✓	
41	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa buscan al culpable	✓		✓		✓	
42	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	✓		✓		✓	

Observaciones): ES SUFICIENTE

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: MARCELY SALAZAR NOURNO . DNI: 40974135

Especialidad del validador: Metodología de la Investigación Científica

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

³Claridad: 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

8 de 04 del 2017



 Firma del Experto Informante.

Anexo 6

Matriz de datos

Base de datos de la variable

	D1				D2				D3			D4			D5				D6		D7			
	1	3	4	11	19	20	21	22	6	9	13	32	39	40	10	15	17	18	23	25	27	24	26	28
1	2	1	4	2	1	1	4	2	2	1	1	1	2	4	2	1	4	4	1	1	1	5	1	1
2	4	4	5	4	4	4	3	3	5	4	4	1	3	1	1	4	1	5	3	5	5	5	5	1
3	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	3	4	4	4	2	4	3	3	5	5	5	5	3	1
4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4
5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	2	3	4	3	4	4	3	4	4	4	2	4	4
6	3	2	4	1	1	1	3	1	5	5	3	4	3	4	3	2	4	4	1	4	1	3	4	4
7	3	2	4	1	1	1	3	1	5	3	5	4	3	4	1	2	4	4	1	4	1	3	4	4
8	5	5	5	3	4	4	2	2	5	3	4	4	5	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	1
9	4	4	4	4	4	4	1	1	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	1	1	1	5	5	1
10	4	2	3	2	1	2	4	3	5	4	4	2	3	4	4	5	1	5	3	3	5	4	4	3
11	4	4	4	2	4	4	2	2	4	4	4	2	4	4	2	4	2	4	4	5	5	4	2	2
12	5	5	5	3	4	4	2	2	5	3	4	4	5	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	2
13	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	2	3	4	2	2	3	3	4	4	4
14	4	2	5	4	3	3	5	2	5	3	5	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2
15	5	4	5	4	2	2	3	4	4	5	4	1	2	3	2	4	3	2	2	2	2	2	1	4
16	4	4	5	4	2	2	3	4	4	3	4	1	2	3	2	4	3	2	2	2	2	2	1	4
17	1	3	4	4	4	4	4	3	5	5	5	2	3	4	3	5	4	4	4	4	4	2	4	4
18	1	1	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	3	5	4	4	4	4	2	3	4	1	1	4
19	5	5	5	1	5	5	4	4	3	4	4	3	2	2	2	4	1	5	1	4	1	1	1	1
20	3	4	1	2	4	3	3	2	2	3	3	3	4	3	3	4	2	3	3	3	3	4	3	4
21	3	4	3	3	3	4	3	2	4	3	2	4	4	5	4	4	2	3	2	3	3	2	2	1
22	4	5	4	4	4	3	3	4	4	4	5	4	4	3	3	5	1	5	3	4	5	4	3	4
23	4	1	4	4	5	4	1	1	5	4	5	4	3	3	1	1	2	4	4	4	5	2	5	1
24	4	2	4	1	3	3	3	2	3	5	5	3	4	5	3	5	5	3	3	2	4	3	1	5
25	4	4	5	5	3	3	3	3	5	2	4	1	1	1	4	5	2	2	3	3	3	5	3	1
26	1	5	5	1	2	2	4	1	4	4	5	4	1	3	1	4	3	3	1	1	2	1	2	3
27	3	4	3	3	3	4	3	2	4	3	2	4	4	5	4	4	2	3	2	3	3	2	2	1
28	3	4	4	3	4	4	3	2	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	3	1
29	4	4	5	5	3	3	3	1	4	4	4	1	3	1	5	4	1	5	5	5	5	5	4	1
30	3	4	4	5	3	4	1	2	5	5	5	3	3	4	3	4	3	3	3	4	5	2	5	3
31	2	1	2	2	4	4	2	4	4	4	4	2	3	2	2	2	4	4	4	4	4	2	4	2
32	3	3	3	3	1	3	2	5	5	5	1	1	2	5	1	5	5	5	3	4	3	3	4	1
33	2	4	4	1	4	5	2	2	4	2	2	3	2	3	3	2	4	3	2	3	3	3	3	3
34	4	3	5	3	3	3	3	3	5	3	4	3	3	1	2	5	3	4	2	3	4	5	4	2
35	5	5	5	3	4	4	3	2	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	5	4	4	1
36	4	4	4	4	4	3	5	3	3	3	4	3	4	3	4	4	2	4	3	3	3	4	2	4
37	4	4	4	2	2	2	5	4	2	4	4	1	2	2	4	4	4	2	3	3	3	4	2	4
38	4	3	5	2	1	1	4	4	3	3	1	3	3	2	1	1	1	2	2	2	3	4	3	2
39	3	3	3	2	1	1	4	4	3	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	3	4	3	2
40	4	4	4	1	3	4	4	4	4	2	2	2	3	3	3	2	5	2	2	2	4	3	2	3
41	4	4	4	2	5	5	2	2	4	4	4	2	5	4	1	2	1	4	2	4	4	2	2	2
42	5	5	5	1	4	5	4	2	3	5	3	1	5	4	1	1	2	4	2	3	3	2	2	1
43	5	4	5	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	4	1	4	2	3	4	4	2	1
44	2	4	5	3	4	3	2	3	4	3	4	2	3	3	2	4	4	4	2	2	1	2	1	2
45	4	3	4	3	3	2	3	1	3	3	4	2	4	3	4	4	3	4	2	3	3	4	2	3

46	4	2	3	3	4	1	2	3	4	2	4	2	2	4	3	4	2	4	2	3	1	3	1	2
47	3	3	4	1	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	2	3	4	2	3	2
48	2	2	2	3	4	4	4	2	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2
49	5	5	4	1	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	2	5	2	4	1
50	3	3	4	3	4	4	3	1	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	3	3	1
51	2	1	4	2	1	1	4	2	2	1	1	1	2	4	2	1	4	4	1	1	1	5	1	1
52	4	4	5	4	4	4	3	3	5	4	4	1	3	1	1	4	1	5	3	5	5	5	5	1
53	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	3	4	4	4	2	4	3	3	5	5	5	5	3	1
54	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4
55	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	2	3	4	3	4	4	3	4	4	4	2	4	4
56	3	2	4	1	1	1	3	1	5	5	3	4	3	4	3	2	4	4	1	4	1	3	4	4
57	3	2	4	1	1	1	3	1	5	3	5	4	3	4	1	2	4	4	1	4	1	3	4	4
58	5	5	5	3	4	4	2	2	5	3	4	4	5	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	1
59	4	4	4	4	4	4	1	1	4	4	4	4	4	4	4	1	4	1	1	1	5	5	1	
60	4	2	3	2	1	2	4	3	5	4	4	2	3	4	4	5	1	5	3	3	5	4	4	3
61	4	4	4	2	4	4	2	2	4	4	2	4	4	2	4	2	4	4	5	5	4	2	2	2
62	5	5	5	3	4	4	2	2	5	3	4	4	5	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	2
63	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	2	3	4	2	2	3	3	4	4	4
64	4	2	5	4	3	3	5	2	5	3	5	4	4	4	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2
65	5	4	5	4	2	2	3	4	4	5	4	1	2	3	2	4	3	2	2	2	2	2	1	4
66	4	4	5	4	2	2	3	4	4	3	4	1	2	3	2	4	3	2	2	2	2	2	1	4
67	1	3	4	4	4	4	4	3	5	5	5	2	3	4	3	5	4	4	4	4	4	2	4	4
68	1	1	4	4	1	1	1	1	1	1	1	1	3	5	4	4	4	4	2	3	4	1	1	4
69	5	5	5	1	5	5	4	4	3	4	4	3	2	2	2	4	1	5	1	4	1	1	1	1
70	3	4	1	2	4	3	3	2	2	3	3	3	4	3	3	4	2	3	3	3	3	4	3	4
71	3	4	3	3	3	4	3	2	4	3	2	4	4	5	4	4	2	3	2	3	3	2	2	1
72	4	5	4	4	4	3	3	4	4	4	5	4	4	3	3	5	1	5	3	4	5	4	3	4
73	4	1	4	4	5	4	1	1	5	4	5	4	3	3	1	1	2	4	4	4	5	2	5	1
74	4	2	4	1	3	3	3	2	3	5	5	3	4	5	3	5	5	3	3	2	4	3	1	5
75	4	4	5	5	3	3	3	3	5	2	4	1	1	1	4	5	2	2	3	3	3	5	3	1
76	1	5	5	1	2	2	4	1	4	4	5	4	1	3	1	4	3	3	1	1	2	1	2	3
77	3	4	3	3	3	4	3	2	4	3	2	4	4	5	4	4	2	3	2	3	3	2	2	1
78	3	4	4	3	4	4	3	2	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	3	1
79	4	4	5	5	3	3	3	1	4	4	4	1	3	1	5	4	1	5	5	5	5	5	4	1
80	3	4	4	5	3	4	1	2	5	5	5	3	3	4	3	4	3	3	3	4	5	2	5	3
81	2	1	2	2	4	4	2	4	4	4	4	2	3	2	2	2	4	4	4	4	4	2	4	2
82	3	3	3	3	1	3	2	5	5	5	1	1	2	5	1	5	5	5	3	4	3	3	4	1
83	2	4	4	1	4	5	2	2	4	2	2	3	2	3	3	2	4	3	2	3	3	3	3	3
84	4	3	5	3	3	3	3	3	5	3	4	3	3	1	2	5	3	4	2	3	4	5	4	2
85	5	5	5	3	4	4	3	2	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	5	4	4	1
86	4	4	4	4	4	3	5	3	3	3	4	3	4	3	4	4	2	4	3	3	3	4	2	4
87	4	4	4	2	2	5	4	2	4	4	1	2	2	4	4	4	2	3	3	3	4	2	4	4
88	4	3	5	2	1	1	4	4	3	3	1	3	3	2	1	1	1	2	2	2	3	4	3	2
89	3	3	3	2	1	1	4	4	3	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	3	4	3	2
90	4	4	4	1	3	4	4	4	4	2	2	2	3	3	3	2	5	2	2	2	4	3	2	3
91	4	4	4	2	5	5	2	2	4	4	4	2	5	4	1	2	2	4	2	4	4	2	2	2
92	5	5	5	1	4	5	4	2	3	5	3	1	5	4	1	1	2	4	2	3	3	2	2	1
93	5	4	5	4	4	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	4	1	4	2	3	4	4	2	1
94	2	4	5	3	4	3	2	3	4	3	4	2	3	3	2	4	4	4	2	2	1	2	1	2

95	4	3	4	3	3	2	3	1	3	3	4	2	4	3	4	4	3	4	2	3	3	4	2	3
96	4	2	3	3	4	1	2	3	4	2	4	2	2	4	3	4	2	4	2	3	1	3	1	2
97	3	3	4	1	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	2	3	4	2	3	2
98	2	2	2	3	4	4	4	2	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	2
99	5	5	4	1	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	2	5	2	4	1
100	3	3	4	3	4	4	3	1	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	3	3	1
101	3	2	4	1	1	1	3	1	5	5	3	4	3	4	3	2	4	4	1	4	1	3	4	4
102	4	2	3	2	1	2	4	3	5	4	4	2	3	4	4	5	1	5	3	3	5	4	4	3
103	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	2	3	4	2	2	3	3	4	4	4
104	5	4	5	4	2	2	3	4	4	5	4	1	2	3	2	4	3	2	2	2	2	2	1	4
105	3	4	3	3	3	4	3	2	4	3	2	4	4	5	4	4	2	3	2	3	3	2	2	1
106	3	4	3	3	3	4	3	2	4	3	2	4	4	5	4	4	2	3	2	3	3	2	2	1
107	3	4	4	5	3	4	1	2	5	5	5	3	3	4	3	4	3	3	3	4	5	2	5	3
108	2	1	2	2	4	4	2	4	4	4	4	2	3	2	2	2	4	4	4	4	4	2	4	2
109	4	3	5	3	3	3	3	5	3	4	3	3	1	2	5	3	4	2	3	4	5	4	2	
110	4	4	4	4	4	3	5	3	3	3	4	3	4	3	4	4	2	4	3	3	3	4	2	4
111	4	3	4	3	3	2	3	1	3	3	4	2	4	3	4	4	3	4	2	3	3	4	2	3
112	4	4	4	2	5	5	2	2	4	4	4	2	5	4	1	2	4	2	4	4	2	2	2	2
113	4	4	4	1	3	4	4	4	4	2	2	2	3	3	3	2	5	2	2	2	4	3	2	3
114	3	3	3	2	1	1	4	4	3	2	1	3	3	2	1	1	1	1	1	3	3	4	3	2
115	4	4	4	2	2	2	5	4	2	4	4	1	2	2	4	4	4	2	3	3	3	4	2	4
116	1	5	5	1	2	2	4	1	4	4	5	4	1	3	1	4	3	3	1	1	2	1	2	3
117	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4
118	5	5	5	1	3	3	5	3	5	1	5	1	3	3	1	5	1	5	2	1	5	3	1	1
119	5	5	5	1	4	5	4	2	3	5	3	1	5	4	1	1	2	4	2	3	3	2	2	1
120	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	2	3	4	2	2	3	3	4	4	4
121	4	2	5	4	3	3	5	2	5	3	5	4	4	4	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2
122	5	4	5	4	2	2	3	4	4	5	4	1	2	3	2	4	3	2	2	2	2	2	1	4
123	5	5	5	1	4	5	4	2	3	5	3	1	5	4	1	1	2	4	2	3	3	2	2	1

	D8			D9				D10				D11				D12		
	29	30	31	33	35	37	41	2	5	7	14	34	36	38	42	8	12	16
1	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	4	4	2
2	1	2	2	4	4	1	1	2	5	1	2	1	1	1	1	1	2	4
3	3	3	5	4	4	3	4	4	2	2	2	4	4	2	2	2	2	2
4	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4
5	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4
6	2	3	1	4	2	1	3	1	5	1	5	5	3	3	4	3	1	3
7	2	3	1	4	2	1	3	1	5	1	5	5	3	3	4	3	3	3
8	2	3	3	3	4	2	3	2	5	3	2	2	2	2	2	2	3	3
9	5	5	1	1	4	4	4	1	4	4	1	4	1	4	4	2	4	1
10	2	3	3	4	3	2	2	1	5	1	3	4	2	3	4	5	2	2
11	4	4	4	3	4	2	2	4	4	2	2	2	2	2	1	2	4	3
12	2	3	3	3	4	2	3	2	5	3	2	2	2	2	2	2	3	3
13	4	5	4	2	3	2	3	2	5	4	4	3	4	2	2	4	2	2
14	3	3	3	3	2	4	3	1	5	3	5	4	3	4	3	3	4	4
15	2	2	2	1	2	2	4	1	5	4	2	1	2	2	2	2	4	4
16	2	2	2	1	2	2	4	1	5	4	2	1	2	2	2	2	4	4
17	4	3	3	2	3	3	3	1	5	5	5	3	3	3	3	5	4	4
18	5	3	2	3	1	2	1	1	4	2	2	2	1	3	1	4	1	3
19	1	1	1	3	2	3	3	1	5	3	2	2	3	3	3	1	1	1
20	4	4	4	4	3	3	2	1	4	1	4	4	3	4	4	3	4	4
21	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	4	1	2	4	3	2	3	3
22	5	5	4	4	3	2	5	2	3	1	4	4	4	4	2	3	4	3
23	2	1	2	3	4	2	2	2	5	2	4	2	3	2	4	5	2	1
24	3	4	3	3	4	4	4	1	5	2	4	2	2	3	5	2	3	3
25	2	2	2	1	3	3	3	2	5	4	5	1	1	1	4	5	5	3
26	3	3	2	3	2	2	2	1	4	1	3	2	3	2	1	3	3	3
27	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	4	1	2	4	3	2	3	3
28	3	4	3	2	4	2	3	2	5	3	3	4	2	2	3	3	4	4
29	5	5	4	4	3	1	1	3	5	1	4	5	4	1	1	4	1	3
30	2	3	2	2	2	2	4	2	5	4	4	4	4	4	4	4	3	5
31	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	4	4	2	4
32	1	2	2	4	4	1	5	1	5	1	3	2	1	2	5	1	5	1
33	1	2	2	3	4	2	2	2	5	4	4	2	3	3	3	4	3	4
34	1	1	1	3	3	1	3	2	5	3	2	2	1	3	1	3	3	3
35	4	3	3	3	4	1	3	3	5	2	3	2	2	3	3	2	2	2
36	2	2	1	4	4	2	4	2	4	2	2	4	3	3	2	4	4	3
37	3	3	3	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	5	4	4	4
38	2	3	3	4	3	4	3	2	4	2	1	4	3	3	3	1	3	4
39	2	2	3	5	3	3	3	2	4	2	1	4	3	3	3	1	1	5
40	2	3	5	4	2	3	3	1	3	1	4	4	4	4	4	4	3	2
41	3	3	3	4	4	2	4	1	4	1	3	2	3	2	5	3	2	2
42	1	3	3	1	4	4	1	2	4	2	1	2	5	3	3	3	2	1
43	2	2	2	2	4	2	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	1	3
44	3	4	3	1	4	2	2	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3
45	3	3	3	3	3	4	3	1	5	1	4	3	4	4	5	3	3	3
46	2	3	3	2	3	1	3	1	5	2	2	1	3	3	4	3	4	4

47	3	3	3	2	3	2	1	1	4	3	3	3	2	2	2	3	3	4
48	3	3	3	4	4	2	3	3	4	3	4	2	2	2	4	3	3	4
49	5	5	5	3	2	1	4	2	5	1	4	4	1	4	4	1	2	2
50	3	4	4	4	2	1	4	2	4	2	4	4	4	4	1	3	3	3
51	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	4	4	2
52	1	2	2	4	4	1	1	2	5	1	2	1	1	1	1	1	2	4
53	3	3	5	4	4	3	4	4	2	2	2	4	4	2	2	2	2	2
54	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4
55	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4
56	2	3	1	4	2	1	3	1	5	1	5	5	3	3	4	3	1	3
57	2	3	1	4	2	1	3	1	5	1	5	5	3	3	4	3	3	3
58	2	3	3	3	4	2	3	2	5	3	2	2	2	2	2	2	3	3
59	5	5	1	1	4	4	4	1	4	4	1	4	1	4	4	2	4	1
60	2	3	3	4	3	2	2	1	5	1	3	4	2	3	4	5	2	2
61	4	4	4	3	4	2	2	4	4	2	2	2	2	2	1	2	4	3
62	2	3	3	3	4	2	3	2	5	3	2	2	2	2	2	2	3	3
63	4	5	4	2	3	2	3	2	5	4	4	3	4	2	2	4	2	2
64	3	3	3	3	2	4	3	1	5	3	5	4	3	4	3	3	4	4
65	2	2	2	1	2	2	4	1	5	4	2	1	2	2	2	2	4	4
66	2	2	2	1	2	2	4	1	5	4	2	1	2	2	2	2	4	4
67	4	3	3	2	3	3	3	1	5	5	5	3	3	3	3	5	4	4
68	5	3	2	3	1	2	1	1	4	2	2	2	1	3	1	4	1	3
69	1	1	1	3	2	3	3	1	5	3	2	2	3	3	3	1	1	1
70	4	4	4	4	3	3	2	1	4	1	4	4	3	4	4	3	4	4
71	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	4	1	2	4	3	2	3	3
72	5	5	4	4	3	2	5	2	3	1	4	4	4	4	2	3	4	3
73	2	1	2	3	4	2	2	2	5	2	4	2	3	2	4	5	2	1
74	3	4	3	3	4	4	4	1	5	2	4	2	2	3	5	2	3	3
75	2	2	2	1	3	3	3	2	5	4	5	1	1	1	4	5	5	3
76	3	3	2	3	2	2	2	1	4	1	3	2	3	2	1	3	3	3
77	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	4	1	2	4	3	2	3	3
78	3	4	3	2	4	2	3	2	5	3	3	4	2	2	3	3	4	4
79	5	5	4	4	3	1	1	3	5	1	4	5	4	1	1	4	1	3
80	2	3	2	2	2	2	4	2	5	4	4	4	4	4	4	4	3	5
81	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	4	4	2	4
82	1	2	2	4	4	1	5	1	5	1	3	2	1	2	5	1	5	1
83	1	2	2	3	4	2	2	2	5	4	4	2	3	3	3	4	3	4
84	1	1	1	3	3	1	3	2	5	3	2	2	1	3	1	3	3	3
85	4	3	3	3	4	1	3	3	5	2	3	2	2	3	3	2	2	2
86	2	2	1	4	4	2	4	2	4	2	2	4	3	3	2	4	4	3
87	3	3	3	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	5	4	4	4
88	2	3	3	4	3	4	3	2	4	2	1	4	3	3	3	1	3	4
89	2	2	3	5	3	3	3	2	4	2	1	4	3	3	3	1	1	5
90	2	3	5	4	2	3	3	1	3	1	4	4	4	4	4	4	3	2
91	3	3	3	4	4	2	4	1	4	1	3	2	3	2	5	3	2	2
92	1	3	3	1	4	4	1	2	4	2	1	2	5	3	3	3	2	1
93	2	2	2	2	4	2	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	1	3
94	3	4	3	1	4	2	2	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3
95	3	3	3	3	3	4	3	1	5	1	4	3	4	4	5	3	3	3

96	2	3	3	2	3	1	3	1	5	2	2	1	3	3	4	3	4	4
97	3	3	3	2	3	2	1	1	4	3	3	3	2	2	2	3	3	4
98	3	3	3	4	4	2	3	3	4	3	4	2	2	2	4	3	3	4
99	5	5	5	3	2	1	4	2	5	1	4	4	1	4	4	1	2	2
100	3	4	4	4	2	1	4	2	4	2	4	4	4	4	1	3	3	3
101	2	3	1	4	2	1	3	1	5	1	5	5	3	3	4	3	1	3
102	2	3	3	4	3	2	2	1	5	1	3	4	2	3	4	5	2	2
103	4	5	4	2	3	2	3	2	5	4	4	3	4	2	2	4	2	2
104	2	2	2	1	2	2	4	1	5	4	2	1	2	2	2	2	4	4
105	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	4	1	2	4	3	2	3	3
106	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	4	1	2	4	3	2	3	3
107	2	3	2	2	2	2	4	2	5	4	4	4	4	4	4	3	5	
108	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	4	4	2	4
109	1	1	1	3	3	1	3	2	5	3	2	2	1	3	1	3	3	3
110	2	2	1	4	4	2	4	2	4	2	2	4	3	3	2	4	4	3
111	3	3	3	3	3	4	3	1	5	1	4	3	4	4	5	3	3	3
112	3	3	3	4	4	2	4	1	4	1	3	2	3	2	5	3	2	2
113	2	3	5	4	2	3	3	1	3	1	4	4	4	4	4	4	3	2
114	2	2	3	5	3	3	3	2	4	2	1	4	3	3	3	1	1	5
115	3	3	3	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	5	4	4	4
116	3	3	2	3	2	2	2	1	4	1	3	2	3	2	1	3	3	3
117	4	3	3	2	3	3	3	2	3	3	4	3	3	3	3	3	4	4
118	1	1	1	4	3	1	1	1	5	4	3	5	4	2	1	3	5	4
119	1	3	3	1	4	4	1	2	4	2	1	2	5	3	3	3	2	1
120	4	5	4	2	3	2	3	2	5	4	4	3	4	2	2	4	2	2
121	3	3	3	3	2	4	3	1	5	3	5	4	3	4	3	3	4	4
122	2	2	2	1	2	2	4	1	5	4	2	1	2	2	2	2	4	4
123	1	3	3	1	4	4	1	2	4	2	1	2	5	3	3	3	2	1

Base de datos de la prueba piloto

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1	2	1	2	2	2	4	2	4	2	4	4	2	3	2	1	4	4	4	3	3	4
2	3	3	3	3	3	3	2	5	3	5	1	1	2	5	3	1	5	5	3	2	3
3	2	4	4	4	4	5	2	2	4	2	2	3	2	3	4	2	2	3	4	2	3
4	4	3	5	5	3	3	3	3	5	3	4	3	3	1	3	4	3	4	5	3	4
5	5	5	5	5	5	4	3	2	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	5
6	4	4	4	4	4	3	5	3	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	3
7	4	4	4	4	4	2	5	4	4	4	4	1	2	2	4	4	4	2	4	2	3
8	4	3	5	5	3	1	4	4	5	3	1	3	3	2	3	1	3	2	5	3	3
9	3	3	3	3	3	1	4	4	3	2	1	3	3	2	3	1	2	1	3	3	3
10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	3	3	4	2	2	2	4	3	4
11	4	4	4	4	4	5	2	2	4	4	4	2	5	4	4	4	4	4	4	5	4
12	5	5	5	5	5	5	4	2	5	5	3	1	5	4	5	3	5	4	5	5	3
13	5	4	5	5	4	4	2	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4
14	2	4	5	5	4	3	2	3	5	3	4	2	3	3	4	4	3	4	5	3	1
15	4	3	4	4	3	2	3	1	4	3	4	2	4	3	3	4	3	4	4	4	3
16	4	2	3	3	2	1	2	3	3	2	4	2	2	4	2	4	2	4	3	2	1
17	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4
18	2	2	2	2	2	4	4	2	2	3	4	3	4	4	2	4	3	3	2	4	3
19	5	5	4	4	5	2	2	2	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5
20	3	3	4	4	3	4	3	1	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4

	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
1	2	1	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	2	2	3	4	2	4	4	2	4
2	3	3	1	1	2	2	2	3	1	5	3	5	1	3	2	3	2	5	1	5	1
3	3	4	3	1	2	2	2	3	2	2	4	5	4	4	2	3	3	3	4	3	4
4	5	3	2	1	1	1	3	4	1	3	5	5	3	2	2	4	3	1	3	3	3
5	4	5	1	4	3	3	4	5	1	3	5	5	2	3	2	5	3	3	2	2	2
6	4	4	4	2	2	1	4	3	2	4	4	4	2	2	4	3	3	2	4	4	3
7	4	4	4	3	3	3	2	3	4	4	4	4	2	4	4	3	4	5	4	4	4
8	4	3	2	2	3	3	3	3	4	3	5	4	2	1	4	3	3	3	1	3	4
9	4	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	4	2	1	4	3	3	3	1	1	5
10	3	4	3	2	3	5	3	4	3	3	4	3	1	4	4	4	4	4	4	3	2
11	2	4	2	3	3	3	5	4	2	4	4	4	1	3	2	4	2	5	3	2	2
12	2	5	1	1	3	3	5	3	4	1	5	4	2	1	2	3	3	3	3	2	1
13	4	4	1	2	2	2	4	4	2	2	5	4	1	2	2	4	2	2	2	1	3
14	2	4	2	3	4	3	3	1	2	2	5	4	4	3	4	1	4	4	3	4	3
15	4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	5	1	4	3	3	4	5	3	3	3
16	3	2	2	2	3	3	2	1	1	3	3	5	2	2	1	1	3	4	3	4	4
17	2	3	2	3	3	3	4	4	2	1	4	4	3	3	3	4	2	2	3	3	4
18	3	2	2	3	3	3	4	3	2	3	2	4	3	4	2	3	2	4	3	3	4
19	2	5	1	5	5	5	4	5	1	4	4	5	1	4	4	5	4	4	1	2	2
20	3	3	1	3	4	4	4	4	1	4	4	4	2	4	4	4	4	1	3	3	3

Anexo 7

**Constancia emitida por la institución que acredita la realización
del estudio in situ**



"Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"

"Año del buen servicio al ciudadano"

Villa El Salvador, 27 de junio del 2017.

OFICIO N° -2017-MJ-MRS-JPII-DRS-VES-LPP

Br. Nancy Isabel Ccencho Salcedo

Alumna de la Maestría Gestión de los Servicios de la Salud de la UCV

Presente.-

Mediante el presente me dirijo a Ud., para expresarle mi cordial saludo y la vez informarle que esta jefatura, da opinión favorable a la solicitud presentada por su persona, para la realización de la investigación "Cultura de Seguridad del Paciente en el Centro materno Infantil Juan Pablo II, Lima 2017" en nuestra institución. Otorgándole todas la facilidades para las actividades relacionadas con encuestas dirigidas a los trabajadores del Centro Materno Infantil, en el horario de 8am a 5pm, a partir del 28 de Junio del 2017, durante el periodo de 1 mes.

Atentamente.



MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE GESTION DE SERVICIOS DE SALUD
DIRECCION DE RED DE SALUD VILLA EL SALVADOR
LURIN-PACHACAMAC-PUCUSANA
CMI JUAN PABLO II

MC. Genaro A. Muñoz Cabana
MEDICO JEFE
C M P. 42961

GAMC/gamc
Cc/archivo

Anexo 8
Tablas

Tabla 3:

Validez de los instrumentos, según expertos

Experto	Cultura de seguridad				Condición final
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Suficiencia	
Juez 1	si	si	si	si	Aplicable
Juez 2	si	si	si	si	Aplicable
Juez 3	si	si	si	si	Aplicable



ESCUELA DE POSGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Miluska Rosario Vega Guevara, docente de la Escuela de Posgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado **“Cultura de seguridad del paciente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017”** de la estudiante **Nancy Isabel Ccencho Salcedo**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud de 23% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 24 de octubre del 2017

MSc. Miluska Rosario Vega Guevara

DNI: 28284526



ESCUELA DE POSGRADO UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Cultura de seguridad del paciente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima, 2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Nancy Isabel Ccencho Salcedo

ASESORA:

Mg. Miluska Vega Guevara

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

Resumen de coincidencias ✕

23 %

1	repositorio.utn.edu.ec	2 %
2	repositorio.unheval.edu...	1 %
3	documents.mx	1 %
4	zaguan.unizar.es	1 %
5	alicia.concytec.gob.pe	1 %
6	repositorio.ucv.edu.pe	1 %
7	vie.parisienne_jes.par...	1 %
8	repository.javeriana.ed...	1 %
9	scielosp.org	1 %
10	wm.com	1 %



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

CCENCHO SALCEDO, NANCY ISABEL
D.N.I. : 41850804
Domicilio : SECTOR: 6, GRUPO: 9, MANZANA: P, LOTE: 13, V.E.S.
Teléfono : Fijo : Móvil : 993146726
E-mail : ccencho.nancy@gmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : MAESTRA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
Mención :

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

CCENCHO SALCEDO, NANCY ISABEL

Título de la tesis:

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL CENTRO
MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.



Firma : 

Fecha : 15/08/2018

955-18
Nancy Isabel
Cencho



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO



[Handwritten signature]

FORMATO DE SOLICITUD

SOLICITA:

Visto bueno para las tesis

ESCUELA DE POSGRADO

Nancy Isabel Cencho Salcedo con DNI N° *41850804*
(Nombres y apellidos del solicitante) (Número de DNI)

domiciliado (a) en *SECTOR: 6, GRUPO: 9, MZ: P, LOTE: 13 VILLA EL SALVADOR*
(Calle / Lote / MZ. / Urb. / Distrito / Provincia / Región)

ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción: del programa: *gestión de los servicios de la salud*
(Promoción) (Nombre del programa)
..... identificado con el código de matrícula N° *60000156263*
(Código de alumno)

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

Visto bueno para las tesis

Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponde se me atienda mi petición por ser de justicia.

Lima..... de..... de 2018

[Handwritten signature]
(Firma del solicitante)

Documentos que adjunto:

- a.
- b.
- c.
- d.

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:
Teléfonos: *993196926*
Email: *ncenchonancy@gmail.com*

ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
CAMPUS LIMA NORTE
OFICINA DE INVESTIGACIÓN
14 AGO. 2018
RECIBIDO
Hora: / Firma: *[Handwritten signature]*