



**Cultura de seguridad del paciente en el personal
asistencial del servicio de emergencia y hospitalización
de una clínica privada-lima 2018**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Monica Rocio Mundo Cabanillas

ASESOR:

Dr. Jorge Gonzalo Laguna Velazco

SECCIÓN:

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los Servicios de la Salud.

LIMA-PERU

2018



DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): MUNDO CABANILLAS, MONICA ROCIO

Para obtener el Grado Académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, ha sustentado la tesis titulada:

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN DE UNA CLÍNICA PRIVADA, LIMA-2018

Fecha: 28 de enero de 2019

Hora: 6:30 p.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dra. Teresa Campana Añasco

Firma: *[Handwritten Signature]*

SECRETARIO: Mg. María Jesús López Vega

Firma: *[Handwritten Signature]*

VOCAL: Dr. Jorge Gonzalo Laguna Velazco

Firma: *[Handwritten Signature]*

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobar por Mayoría.

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....
.....
.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

Redacción estilo APA.

.....
.....

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

A mi ángel (padre) quien me brindo el mejor de los ejemplos de fortaleza y sabiduría y ha sido una de mis mayores motivaciones para no rendirme.

A mi familia por su apoyo constante e incondicional en mi deseo de ser mejor cada día y así poder triunfar en la vida.

Agradecimientos

A mi centro de trabajo por permitirme ser parte de esta gran familia y brindarme las facilidades para poder desarrollar la presente investigación.

A los docentes de la Universidad Cesar Vallejo por brindarme sus valiosos conocimientos y enseñanzas para lograr mi objetivo trazado.

Declaración de Autoría

Yo **Monica Rocio Mundo Cabanillas**, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, sede/filial Lima Norte; declaro que el trabajo académico titulado “Cultura de Seguridad del Paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada Lima -2018” presentada en VII capítulos 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 estipulado 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 determinan el procedimiento disciplinario.

Lima, enero del 2019



.....
Br. Monica Rocio Mundo Cabanillas

DNI 40764413

Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo presento la tesis titulada “Cultura de Seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada. Lima-2018”, que tuvo como objetivo comparar la Cultura de seguridad del paciente entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada. Lima-2018.

El presente informe ha sido estructurado en siete capítulos, de acuerdo con el formato proporcionado por la Escuela de Posgrado.

En el capítulo I se presenta la situación problemática, los estudios previos y la teoría relacionada al tema, la justificación, los problemas, las hipótesis, y los objetivos de la investigación.

En el capítulo II, se describen los criterios metodológicos empleados en la investigación.

En el capítulo III, los resultados tanto descriptivos como inferenciales.

El capítulo IV contiene la discusión de los resultados, el V las conclusiones y el VI las recomendaciones respectivas.

El capítulo VII las referencias bibliográficas y apéndices que respaldan la investigación.

Por lo expuesto Señores Miembros del Jurado, recibiré con aprobación sus aportes y sugerencias, a la vez deseo sirva de aporte a quien desea continuar con la investigación del desarrollo del tema Cultura de seguridad del Paciente.

La autora

| | Índice | Página |
|--|---------------|---------------|
| Página del jurado | | ii |
| Dedicatoria | | iii |
| Agradecimiento | | iv |
| Declaratoria de autenticidad | | v |
| Presentación | | vi |
| Índice | | vii |
| Índice de tablas | | ix |
| Índice de figuras | | xi |
| Resumen | | xii |
| I. Introducción: | | 14 |
| 1.1 Realidad Problemática | | 15 |
| 1.2 Trabajos previos | | 19 |
| 1.3 Teorías relacionadas al tema | | 25 |
| 1.4 Formulación del problema | | 41 |
| 1.5 Justificación del estudio | | 42 |
| 1.6 Hipótesis | | 43 |
| 1.7 Objetivos | | 44 |
| II. Método | | 46 |
| 2.1 Diseño de Investigación | | 47 |
| 2.2 Variables, operacionalización | | 48 |
| 2.3 Población y muestra | | 51 |
| 2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad | | 52 |
| 2.5 Métodos de análisis de datos | | 56 |
| 2.6 Aspectos éticos | | 56 |
| III. Resultados | | 58 |
| 3.1 Descripción de resultados | | 59 |
| 3.2 Contrastación de hipótesis | | 65 |
| IV. Discusión | | 73 |
| V. Conclusiones | | 78 |
| VI. Recomendaciones | | 82 |

VII. Referencias 84

91

Anexos

Matriz de consistencia

Instrumento de recolección de datos

Artículo científico

Carta de autorización de la institución donde realizó la investigación

Certificado de validez de instrumentos

Acta de aprobación de originalidad de tesis

Pantallazo del turnitin

Formulario de autorización para la publicación electrónica de la tesis

Autorización de la versión final del trabajo de investigación

Índice de tablas

| | | Página |
|----------|--|---------------|
| Tabla 1 | Matriz de operacionalización de la variable cultura de seguridad del paciente | 50 |
| Tabla 2 | Validez del instrumento cultura de seguridad del paciente por juicio de expertos | 54 |
| Tabla 3 | Confiabilidad del instrumento de cultura de seguridad del paciente | 55 |
| Tabla 4 | Niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización | 59 |
| Tabla 5 | Niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización en su dimensión 1: Seguridad en el área de trabajo | 60 |
| Tabla 6 | Niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización en su dimensión 2: Seguridad brindada por la dirección | 61 |
| Tabla 7 | Niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización en su dimensión 3: Seguridad desde la comunicación | 62 |
| Tabla 8 | Niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización en su dimensión 4: Sucesos notificados | 63 |
| Tabla 9 | Niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización en su dimensión 5: Seguridad desde la atención primaria | 64 |
| Tabla 10 | Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización | 65 |
| Tabla 11 | Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de | |

| | | |
|----------|---|----|
| | cultura de seguridad del paciente en su resultado de la dimensión Seguridad en el área de trabajo entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización | 66 |
| Tabla 12 | Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su resultado de la dimensión Seguridad brindada por la dirección entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización | 68 |
| Tabla 13 | Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su resultado de la dimensión Seguridad desde la comunicación entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización | 69 |
| Tabla 14 | Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su resultado de la dimensión Frecuencia de eventos notificados entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización | 70 |
| Tabla 15 | Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su resultado de la dimensión Seguridad en atención primaria entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización | 71 |

Índice de figuras

| | | Página |
|----------|--|---------------|
| Figura 1 | Niveles de cultura de seguridad del paciente en el servicio de Emergencia y Hospitalización | 59 |
| Figura 2 | Niveles de cultura de seguridad del paciente en la dimensión 1: Seguridad en el área de trabajo | 60 |
| Figura 3 | Niveles de cultura de seguridad del paciente en la dimensión 2: Seguridad brindada por la dirección | 61 |
| Figura 4 | Niveles de cultura de seguridad del paciente en la dimensión 3: Seguridad desde la comunicación | 62 |
| Figura 5 | Niveles de cultura de seguridad del paciente en la dimensión 4: Sucesos notificados | 63 |
| Figura 6 | Niveles de cultura de seguridad del paciente en la dimensión 5: Seguridad desde la atención primaria | 64 |

Resumen

La investigación titulada: “Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima - 2018”, tuvo como objetivo comparar la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima 2018.

La investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo – comparativo, tipo transversal y diseño no experimental. La población estará conformada por 50 trabajadores asistenciales de emergencia y hospitalización, la técnica que se usara para recolectar la información será la encuesta y como instrumento se utilizara el cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente del Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptada al castellano. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS, versión 20. Se utilizaron frecuencia, figuras y para probar la normalidad de los datos de la muestra, se aplicó la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney.

Se concluye que no existen diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada Lima -2018.

Palabras clave: *cultura de seguridad del paciente, seguridad del paciente, personal asistencial*

Abstract

The research entitled: "Patient Safety Culture among the Assistance Staff of the Emergency Service and Hospitalization of a Private Clinic. Lima - 2018 ", aims to compare the Safety Culture of the Patient between the Assistance Staff of the Emergency Service and Hospitalization of a Private Clinic. Lima 2018.

The research will be carried out under a quantitative approach, descriptive - comparative level, transversal type and non experimental design. The population will consist of 50 emergency care workers and hospitalization, the technique that will be used to collect the information will be the survey and as a tool the questionnaire on culture of patient safety of the Hospital Survey on Patient Safety Culture of the Agency for Healthcare will be used. Research and Quality adapted to Spanish. For data processing, the SPSS program, version 20 was used. Frequency, figures and to prove the normality of the sample data were used, the nonparametric U Mann-Whitney test was applied.

It is concluded that there are no significant differences in the culture of patient safety among the care personnel of the emergency service and hospitalization of a private clinic Lima -2018.

Keywords: *patient safety culture, patient safety, healthcare personnel*

I. Introducción

1.1. Realidad problemática

La seguridad de paciente constituye un principio fundamental de la atención sanitaria y desde el siglo XXI se ha convertido en uno de los temas principales de todos los sistemas sanitarios.

Los errores cometidos por los profesionales de la salud suponen una amenaza para la seguridad de los pacientes. Estos errores pueden tener consecuencias leves que incluso pueden pasar inadvertidas, pero también pueden ser graves y derivar en lesiones, discapacidad o incluso pueden llegar a suponer la muerte de un paciente (Orkaizagirre, 2016 p.31).

Estos eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. Para mejorar la seguridad del paciente se requiere del esfuerzo de todo el sistema tanto de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño como la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria (OMS, 2018).

El resultado del informe “Errar es humano” publicado en 2000 generó un gran impacto que puso en alerta a las instituciones de salud en cuanto a la seguridad del paciente (Aguilar, 2018 p.10).

La OMS considera a la seguridad del paciente como un problema de salud pública en todo el mundo e informa que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. Que, de cada 100 pacientes hospitalizados, siete en los países desarrollados y otros 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. El daño que se le causa a un paciente puede ser consecuencia de distintos errores o eventos adversos, traducidos, en su mayor parte en infecciones. La mayoría de estas infecciones se pueden reducir en más de un 50% con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo para la prevención y el control de infecciones, según indica dicho Organismo (Federación Nacional ALCER, 2014, p.1).

Los servicios de salud constituyen una puerta de entrada de pacientes al sistema sanitario, por ello, deben contar con equipos que cubran los requerimientos mínimos establecidos por los estándares internacionales y además cuenten con

personal capacitado para la atención sanitaria, además de establecer una forma segura para poder prevenir posibles eventos adversos en cuanto a la atención de pacientes críticos y no críticos en el ámbito sanitario (Mori, 2018).

Todo esto hizo que la Organización Mundial de la Salud, y los demás organismos internacionales como la OCDE, el Consejo de Europa, la Comisión Europea, y la mayoría de las autoridades sanitarias de muchos países, adopten y pongan en marcha diversas iniciativas, estrategias y programas para reducir el impacto de estos efectos adversos. Entre ellas destaca el lanzamiento de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente en octubre de 2004, a partir de una propuesta de la 55ª Asamblea Mundial de la Salud (Ruiz, 2011).

Esta alianza definió los programas a realizar y los encaró como desafíos globales a desarrollar en todo el mundo. En octubre de 2005 se lanzó en la sede de la OMS en Ginebra el primer desafío, la cual estuvo destinado a promover una campaña mundial para disminuir las infecciones nosocomiales bajo el lema "Una atención limpia es una atención más segura". Se desarrollaron estrategias centradas en especial sobre la higiene de manos para prevenir la propagación de infecciones asociadas a la atención de pacientes hospitalizados, un gravísimo problema que ocasiona terribles consecuencias y que cada año afecta a millones de personas en el mundo entero. Lamentablemente, esto no se cumple de forma correcta por lo que resulta la causa principal de la diseminación de los gérmenes patógenos entre los pacientes hospitalizados. Según datos de la OMS en 2007, se calcula que, si médicos y enfermeras se lavaran las manos regularmente durante su jornada de trabajo, se evitarían cada día en todo el mundo 1,4 millones de casos de infecciones adquiridas en hospitales y otros centros sanitarios. Incluso en los países desarrollados, entre el 5 y el 10% de los pacientes hospitalizados se infectan durante su estadía, mientras que en algunos países no desarrollados las cifras ascienden hasta un 25%. (Ceriani, 2009, p. 385).

El segundo tema que encaró la OMS dentro de la Alianza fue el de la seguridad en los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica. Bajo el lema: "Cirugía segura salva vidas" (*Safe surgery save lives*), se implementó un programa mundial para disminuir los errores en cirugía y en 2008 se difundieron las guías para poder alcanzar esa meta (*WHO guidelines for safe surgery*). Los errores en cirugía son frecuentes y afectan a millones de personas. Se calcula que no menos

de 234 millones de cirugías mayores se realizan anualmente en el mundo, por lo cual las posibilidades que ocurran descuidos que ocasionen errores son muy altas. Las principales estrategias están centradas en reducir errores en el quirófano y entre ellas se destaca la implementación de un listado de seguridad quirúrgica que ya ha demostrado su efectividad en un estudio. Es sumamente importante la iniciativa de la Alianza Mundial, pero para que tenga éxito resulta indispensable el esfuerzo de todos los profesionales que participan en el cuidado de la salud. Es necesario ser consciente del gravísimo problema que ocasionan los errores en la atención sanitaria por lo tanto es necesario contribuir a generar un cambio de cultura y motivar que las instituciones médicas desarrollen sistemas más seguros para la prevención de errores (Ceriani, 2009, p. 386).

En el Perú, el Ministerio de Salud (2014) decide impulsar la Seguridad del Paciente, como aspecto esencial de la calidad en los servicios de salud; llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes. Para ello se implementó el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente el cual busca que los Hospitales identifiquen la naturaleza de los eventos adversos, luego sean capaces de analizarlos, formular propuestas de mejora, socializar sus intervenciones e implementar algunas buenas prácticas para la seguridad del paciente involucrando al usuario en todo este proceso de mejora (p.3). Es a partir de esta iniciativa que en noviembre del 2004 se asume, concretándose mediante la Resolución Ministerial N° 143- 2006/MINSA, el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente con carácter sectorial. Este comité elaboró un Plan Nacional para la Seguridad del Paciente en el 2006, el cual se viene implementado en los diversos hospitales. El Ministerio de Salud emite “la Resolución 308- 2010/MINSA aprueba la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía, dando la posibilidad de adicionar y adaptarlo según criterios de la institución para aplicarlos a sus prácticas, con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad de la atención en los distintos sectores que comprenden el Sistema Nacional de Salud en el Perú (MINSA, 2011).

En una clínica privada de Lima de alta complejidad los procesos manejados convierten a la seguridad de paciente en una prioridad en la asistencia sanitaria, debido a que entraña riesgos potenciales, y no existe un sistema capaz de garantizar la ausencia de eventos adversos, ya que se trata de una actividad que

combina factores inherentes a un sistema con actuaciones humanas. En los últimos diez años, la seguridad del paciente, es decir, la ausencia de daño que lo amenace durante el desarrollo de un proceso prestacional, ha sido reconocida como un factor de importancia global. Por ello, en esta Clínica privada se ha implementado un Programa de Seguridad del Paciente. Este programa ha hecho propios los Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente, los cuales buscan minimizar el riesgo de daños innecesarios durante la atención sanitaria, mejorando los resultados para el paciente y la institución. Estos se clasifican en seis objetivos internacionales, en torno a los cuales se trabaja para garantizar una atención sanitaria segura y de alta calidad para cada uno de los pacientes.

Gracias a que la cultura de esta organización se ha visto enriquecida con los temas de seguridad del paciente, se puede evidenciar una mejora significativa en el número de accidentes reportados, los cuales han disminuido en 62% en el transcurso del año reportado, principalmente por la reducción de incidentes por Atención de Salud, especialmente atención hospitalaria y ambulatoria. Los reclamos médicos han sufrido un incremento de 10% a lo largo del año para lo cual se han implementado acciones de mejora en la organización (Clínica Internacional, 2013, pp. 41-43 y 44).

En los servicios de emergencias tratan a pacientes en ambientes desafiantes y dinámicos que pueden contribuir a un mayor riesgo de eventos adversos, lo que justifica una mayor atención a los problemas de seguridad que acontece en ellos, sin embargo, estos eventos pueden aparecer en cualquier escenario. Algunos de los factores de riesgo para la ocurrencia de los mismos son: demanda fluctuante, limitación de tiempo, turnos prolongados de trabajo, etc (Chanovas, Campodarve, Tomás, 2007, p.2).

En el servicio de emergencia de esta clínica privada se puede observar que existe malas relaciones y conflictos entre el personal asistencial que allí labora, además personal nuevo tienen desconocimiento sobre cultura de seguridad del paciente, cuando hay sobrecarga laboral no hay apoyo de los colegas, no hay un registro y notificación adecuada de los eventos adversos. No hay un buen trabajo en equipo entre el área de emergencia y el de hospitalización por lo que existe una alta probabilidad que ocurran eventos adversos trayendo consigo muchas complicaciones que solo afectaran la salud del paciente.

Por lo tanto, esta investigación tiene como objetivo poder determinar la cultura de seguridad del paciente en ambos servicios y de esa manera poder implementar y aplicar diversas estrategias e instrumentos para mejorar la atención y seguridad del paciente. Poder lograr profesionales comprometidos que comprendan la importancia de la seguridad del paciente, para así lograr y mantener una reducción de eventos adversos.

1.2. Trabajos previos

1.2.1 Antecedentes internacionales.

Merino. et al. (2018) en España en su investigación titulada: *Relación entre la Satisfacción Laboral y la Cultura de Seguridad del Paciente* cuyo objetivo fue evaluar la relación existente entre la cultura de seguridad y la satisfacción laboral en un hospital de media-larga estancia, evidenciar las relaciones existentes entre las dimensiones que definen ambos constructos e identificar las dimensiones con mayor impacto sobre las dos variables. El método de estudio fue transversal. Los resultados fueron: que la satisfacción laboral media fue de 7,21 y la seguridad percibida fue de 7,48. Se concluyó que los resultados si evidenciaban que existía una relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad, y cuantifican el grado de asociación entre las variables estudiadas.

Sánchez, Olmedo, Urbón y Rico (2018), en España, realizaron un estudio titulado: *Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente en Unidades Extra-hospitalarias de Hemodiálisis. Evolución tras la implantación de medidas*. El objetivo fue conocer la frecuencia de percepciones y actitudes de los profesionales de los centros de hemodiálisis en relación con la seguridad del paciente. De enfoque cuantitativo, método descriptivo, de corte transversal y comparativo. Los resultados fueron que la media de la valoración del grado de seguridad percibido por todos los profesionales, fue de 8.02. Se logro identificaron como fortalezas: el trabajo en equipo (86.2%), el feed back sobre errores (75.5%) y las expectativas en la dirección/supervisión (75.1%). Se concluyó que si se podría atribuirse el incremento significativo de los porcentajes de respuesta positiva a la formación

realizada en los centros y a la implantación del sistema de notificación y los informes publicados.

Camacho y Jaimes (2018), en Colombia realizaron un estudio titulado: *Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeros de Atención Primaria*. El objetivo fue identificar las fortalezas y debilidades de la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria y su relación con las variables sociodemográficas. Estudio correlacional. Los resultados fueron que la puntuación global de la cultura de seguridad del paciente fue de 51,21 %. Las dimensiones mejor calificadas fueron puntuaciones globales de calidad e intercambio de información con otros servicios asistenciales. Se encontraron diferencias significativas entre la valoración positiva de la cultura de la calidad y variables como edad, nivel académico, antigüedad en el trabajo y horas de trabajo semanal. Las conclusiones a la que llegaron fue que ninguna de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente fue considerada como fortaleza ni como debilidad.

López, Puentes y Ramírez (2016), Colombia, presentaron un estudio sobre *Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente en un Hospital Público de Primer Nivel en el Municipio de Villeta*, el objetivo fue describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. El método de estudio fue descriptivo de corte transversal. Los resultados mostraron fortalezas como el aprendizaje organizacional, las mejoras continuas y el apoyo de los administradores para la seguridad del paciente. Las dimensiones clasificadas como oportunidades de mejora fueron la cultura no punitiva, el personal, las transferencias y transiciones y el grado en que la comunicación es abierta. La conclusión fue que, aunque el personal percibía como positivo el proceso de mejoramiento y apoyo de la administración también sentía que era juzgado si reportaba algún evento adverso.

Bernalte, Orts y Macia (2015), en España, en su investigación titulada: *Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica*, tuvieron como objetivo: Evaluar las percepciones, opiniones y conductas que tienen enfermeros y auxiliares de enfermería sobre seguridad del paciente en el servicio quirúrgico de un hospital

público del Sistema Nacional de Salud español. El tipo de estudio fue el observacional, transversal. Sus resultados fueron que no se encontró ninguna fortaleza en el servicio quirúrgico. Las conclusiones fueron que la percepción fue positiva sobre cultura de seguridad del paciente a nivel de unidad/servicio. Las debilidades que encontraron podrían servir para diseñar actividades concretas de intervención para mejorar la cultura de seguridad del paciente en otros servicios quirúrgicos del entorno.

Turcios (2014), Nicaragua, realizó un estudio sobre *Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente en los Trabajadores del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños*, el objetivo fue valorar la percepción de Cultura de seguridad del paciente entre los profesionales del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. El método fue descriptivo de tipo transversal. Los resultados muestran que las dimensiones valoradas más positivamente por el personal, son aquellas que tienen que ver con el trabajo en equipo dentro de las unidades, el aprendizaje organizativo y mejoras continuas; y el apoyo de la Dirección para la Seguridad del Paciente. Sin embargo, hay una calificación desfavorecedora en cuanto a la respuesta no punitiva a errores, apertura comunicativa existente y a la composición de la fuerza de trabajo. Conclusiones: se identificó como mayores fortalezas a las acciones que se realizan activamente para mejorar la seguridad del paciente; el apoyo, respeto y colaboración trabajando en equipo y el interés de la dirección para propiciar un ambiente de seguridad. Se identificaron como oportunidades promover una cultura institucional educativa y no punitiva frente al reporte de eventos adversos, mejorar la comunicación entre jefes y subordinados y mejorar la inadecuada dotación de personal para prestar una atención sanitaria de manera segura.

1.2.2. Antecedentes nacionales.

Torrecillas (2018) en Lima, realizó su investigación titulada *Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018* cuyo objetivo fue comparar el nivel de cultura de seguridad de paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018. Su método de estudio fue hipotético

deductivo, de enfoque cuantitativo y no experimental, el diseño fue de corte transversal y de nivel descriptivo comparativo. Los resultados fueron que para las dimensiones estudiadas: antes de la inducción a la anestesia y antes de salir del quirófano, la diferencia entre la cultura de seguridad del paciente de los médicos y enfermera es nula, mientras que para la hipótesis 2, donde se compara la cultura de seguridad del paciente de enfermeras y médicos, antes de la incisión cutánea, se obtuvo que los cirujanos presentan mayor porcentaje. Se concluye que no existen diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en enfermeras y médicos.

Mori (2018), en Lima, realizó un estudio titulado: *Cultura de Seguridad del Paciente y Prevención de Eventos Adversos por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte. Lima – 2017*; su objetivo fue determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte. El método de estudio fue hipotético deductivo, de enfoque cuantitativo y con un tipo de investigación básica y nivel descriptivo y correlacional. El diseño fue no experimental; de corte transversal, el muestreo fue probabilístico. Sus conclusiones fueron que existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte.

Gutiérrez & Ríos, (2017), en Arequipa, realizaron su investigación titulada: *Carga Laboral de la Enfermera y Cultura de Seguridad del Paciente – Servicio de Emergencia de los Hospitales III - MINSA, Arequipa 201*; tuvieron como objetivo determinar la relación que existe entre la carga laboral de la enfermera y cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia. El estudio fue descriptivo de corte transversal y diseño correlacional. Sus conclusiones fueron que el 70.2% de las enfermeras tienen una cultura de seguridad regular, 17% cultura de seguridad baja y un 12.8% cultura de seguridad buena, al aplicar la prueba del Chi cuadrado, encontraron que no existe una relación significativa entre la carga laboral de la enfermera y la cultura de seguridad del paciente. Lo cual es un indicador que mientras las enfermeras tengan una carga ideal, regular o grande, tendrá en cuenta

la cultura de seguridad del paciente, se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos.

Llagas (2017), en Lima realizó su investigación titulada: *Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf*, el objetivo fue comparar la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf del servicio de medicina y cirugía 2017. El estudio fue de tipo sustantiva, de nivel explicativo con un diseño no experimental transversal, descriptivo comparativo. Las conclusiones fueron que existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017.

Martínez (2016), en Lima, realizó un estudio de investigación titulado: *Cultura de Seguridad del Paciente, en Enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. 2015*; el objetivo fue determinar la Cultura de Seguridad del paciente, en enfermeras que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. El método fue descriptivo, tipo cuantitativo. Los resultados fueron: los componentes con respuestas positivas son “Respuesta no punitiva a los errores” con 68.9%, “Aprendizaje organizacional para la mejora continua” con 55,6% y “Trabajo en equipo dentro del servicio” con 53.3%; “Acciones del supervisor o jefa para promover la seguridad de los pacientes” 51.1%. Los componentes con respuestas negativas son, el “Grado de apertura de la comunicación” con 88.9%, “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad” con 66.7%. Las dimensiones “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno” obtuvieron el 57.8% cada uno respectivamente. En sus conclusiones encontró puntos débiles prioritarios a resolver como el “Grado de apertura de la comunicación”, la “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”, el “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno”.

Espinoza (2016) en Huánuco, realizó un estudio titulado: *Cultura de Seguridad del Paciente por Profesionales de Enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014*. El objetivo fue determinar la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente. El estudio fue descriptivo simple. Los resultados fueron: En general, 95,1% (78 enfermeros) manifestaron una percepción media de la cultura de seguridad del paciente, asimismo tuvieron nivel de percepción media del 87,8% en resultados de la cultura de seguridad; 97,6% en cultura de seguridad a nivel del servicio y 80,5% en cultura de seguridad a nivel de todo el hospital. Las conclusiones fueron que existió predominio de una percepción de nivel medio de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de enfermería del Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco.

Alvarado (2014), en Lima, realizó un estudio de investigación sobre *Relación entre Clima Organizacional y Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Salud del Centro Médico Naval*; cuyo objetivo fue analizar las relaciones que pudieran existir entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que existe en el Centro Médico Naval con la finalidad de generar alternativas viables que permitan mejorar significativamente la calidad de la atención a los pacientes que concurren allí. El método fue descriptivo de tipo correlacional. Los resultados nos indican que el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente se encuentran relacionados significativamente, igualmente se ha encontrado que los médicos valoran mejor el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que las enfermeras. Sus conclusiones indican que existen correlaciones significativas entre los totales de estas variables (Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente). El análisis de las diferencias entre el personal de salud, hombres y mujeres, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente, indica que existen diferencias estadísticas significativas en los casos de Seguridad brindada por la Dirección, Frecuencia de sucesos notificados, Seguridad desde la atención primaria y en el Total de la Cultura de seguridad del paciente, apreciándose que las mujeres presentan promedios más altos que los varones.

1.3 Teorías relacionadas al tema

A continuación, se presentan las diferentes concepciones y teorías relacionadas con la seguridad del paciente y la cultura de seguridad del paciente, se describen las dimensiones que permitieron la medición de la variable de estudio y las diferentes teorías bajo las cuales se desarrolló la presente investigación.

1.3.1 Bases teóricas de la variable 1

Cultura de seguridad

Según Gómez y autores (2011), la cultura de seguridad corresponde a un grupo de creencias y actitudes que surgen a partir del desarrollo investigativo y la práctica diaria, encaminadas a proporcionar un máximo de bienestar al sujeto de cuidado. Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, constituye el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, los cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre ellos y los profesionales y la comunidad. Para el sistema Nacional de Salud del Reino Unido, este despliegue parte de "la conciencia de que las cosas pueden ir mal," y el reconocimiento de que los errores en la prestación del servicio no están sólo ligados a la persona, sino también al sistema en que ella trabaja. Desde esta óptica, la "cultura de seguridad del paciente", además de implicar la capacidad de reconocer los errores, involucra la conciencia de que éstos deben ser reportados para que el análisis posterior redunde en mejorar las cosas.

Para Soto (2011) es un término que se usa a menudo para describir la forma en que la seguridad se gestiona en el lugar de trabajo y a menudo refleja "las actitudes, creencias, percepciones y valores que los empleados comparten en relación con la seguridad. La Comisión de seguridad y salud del Reino Unido desarrollaron una de las definiciones más comúnmente utilizadas de la cultura de la seguridad, que la describe como: "El producto como individuo y grupo, de valores, actitudes, percepciones, competencias y pautas de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de la administración de salud y la seguridad de una organización. Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por tener, comunicaciones fundadas en la confianza mutua, percepciones compartidas de la importancia de la seguridad y

confianza en la eficacia de las medidas preventivas. En otras palabras, la cultura de la seguridad de una organización actúa como una guía sobre cómo se comportarán los empleados en el lugar de trabajo. Por supuesto, su comportamiento será influenciado o determinado por comportamientos que son premiados y aceptables para el lugar de trabajo. Por ejemplo, Clarke afirma que la cultura de la seguridad no sólo se observa en el “estado general de las instalaciones y las condiciones de la maquinaria, sino en la actitud y los comportamientos de los empleados hacia la seguridad.

Rocco y Garrido (2017) definen a la Cultura de Seguridad como el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir, de manera que los individuos y la organización están comprometidos con los programas de seguridad del paciente. La cultura de seguridad (CS) incluye factores humanos, técnicos, organizativos y culturales. En el entorno de la salud distintas herramientas cualitativas y cuantitativas (encuesta hospitalaria de cultura de seguridad del paciente de *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, *Patient Safety Climate in Healthcare (PSCHO)*, *Modified Stanford Instrument (MSI)*), entre otras han intentado medir la cultura de seguridad de las organizaciones, reconociéndose actualmente que los métodos cualitativos la reflejan mejor, en relación a la evidencia del rigor psicométrico. Los cimientos de esta cultura se asientan en dos teorías:

1. La teoría de la identidad social: El individuo se esfuerza por mejorar su autoestima mediante la identificación con un grupo. La organización debe generar intervenciones en materia de seguridad y potenciar la creación de redes seguras para que se incluyan en ella los individuos. También debe promover el entrenamiento de profesionales y equipos.
2. La teoría de la autocategorización: El individuo se identifica con distintos grupos (microculturas) y renegocia de manera constante su identidad. La organización debe promover el refuerzo positivo, la recompensa del trabajo en seguridad, la publicidad de los programas en pro de la seguridad y debe reforzar la autoestima de aquellos que trabajan para desarrollarla, evitando

las posibles consecuencias negativas que pudieran derivarse de las barreras para la implantación de la cultura de seguridad (p. 791).

Según la *National Patient Safety Agency for England and Wales* (NPSA) son tres las características necesarias de la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias:

Abierta: Se asume el fallo del sistema como origen de los accidentes.

Justa: No se imponen medidas punitivas.

De aprendizaje: Interpreta los incidentes como posibilidades de mejora.

Cambiar la cultura de seguridad de una organización es siempre un reto difícil y existen distintas formas de potenciarla, incluyendo: valoraciones de la situación inicial, formación de equipos, fomento del liderazgo, establecimiento de auditorías de seguridad o uso de sistemas de registro de incidentes críticos. (p. 791-792).

Castillo, Tello y Rosello (2014) afirman que la cultura no es estática, sino el resultado de interacciones dinámicas entre los distintos elementos de una institución. Por tanto, una cultura de seguridad es aquella que integra la máxima hipocrática básica de "no causar daño" en la misma fibra de la identidad de la organización, que la incorpora a sus normas y funcionamiento, y la sitúa como misión prioritaria fundamental. Dicha misión se define mediante principios corporativos formales y se pone en conocimiento de sus miembros en forma de principios rectores que gobiernan el trabajo de la organización y se aplican a sus prácticas diarias. Una cultura de seguridad es la que nace del esfuerzo colectivo de una institución para encaminar la totalidad de los elementos culturales hacia los objetivos de seguridad, incluidos los de sus miembros, sistemas y actividades laborales (p. 20).

Para Vítolo (2016) si bien no hay un acuerdo absoluto acerca de lo que constituye una cultura de seguridad efectiva, hay ciertos componentes que resultan claves para su desarrollo: 1. El reconocimiento de que las actividades que realiza la organización son de alto riesgo y la determinación para alcanzar altos niveles de seguridad de manera constante. 2. Creencia compartida de que el actual nivel de daño a los pacientes es insostenible. 3. Un ambiente no punitivo en donde los

individuos se sienten libres para reportar errores, accidentes o problemas de seguridad sin temor a represalias. 4. Estímulo a la colaboración entre distintos rangos y disciplinas en la búsqueda de soluciones a problemas de seguridad del paciente. Obligación de trabajar en equipo. 5. La seguridad de los pacientes es valorada como la principal prioridad, aún a expensas de la producción o la eficiencia. Se reconoce al personal que interrumpió un proceso que no le parecía seguro, aun cuando se haya equivocado. 6. Compromiso de los líderes con la seguridad. Asignación de recursos, incentivos y premios. 7. Se valora el aprendizaje organizacional. La respuesta a un problema de seguridad se focaliza en la mejora del sistema más que en echar culpas individuales.

Medición de la Cultura de Seguridad

Para Vítolo (2016) el primer paso para avanzar hacia una cultura de seguridad consiste en saber desde qué cultura se parte y comprender el impacto de dicha cultura sobre la seguridad de los pacientes. La construcción de una cultura de seguridad suele llevar un tiempo de maduración y resulta importante saber en qué etapa se encuentra la institución o el servicio que se evalúa.

Según Westrum, existirían distintos grados de “madurez”:

Cultura Patológica: “No nos importa mucho la seguridad siempre y cuando no se difundan los daños que producimos”

Cultura Reactiva: “La seguridad es importante. Hacemos mucho después de tener un accidente”

Cultura de Cálculo: “Medimos todo y tenemos sistemas para manejar todos los riesgos y peligros”

Cultura Proactiva: “Tratamos de anticiparnos a los problemas de seguridad antes de que aparezcan”

Cultura Generadora: “La seguridad es la base de nuestro trabajo”

Los métodos para la evaluación de la cultura de seguridad suelen realizarse mediante cuestionarios de auto aplicación, el análisis de los cuestionarios o instrumentos utilizados para evaluar la cultura de seguridad, permite identificar algunos elementos o dimensiones comunes de seguridad que se tratan de evaluar,

con 42 ítems. (AHRQ, 2004, p. 1). Las encuestas de cultura de seguridad utilizan en general cuestionarios cuantitativos basados en una combinación de preguntas sobre los distintos componentes que definen la cultura: expectativas de los jefes y sus acciones para promover prácticas seguras, trabajo en equipo, aprendizaje organizacional, feedback y comunicación luego de los errores, carga de trabajo, respuesta no punitiva, pases de pacientes, número de eventos reportados etc. La mayoría de estas encuestas solicitan a los trabajadores que den su opinión ante distintas afirmaciones que se les presentan. Deben hacerlo dentro de una escala predefinida a las que se les asigna un puntaje (Ej: muy de acuerdo 5; de acuerdo 4; indiferente 3; en desacuerdo 2, muy en desacuerdo) (Vítolo, 2016).

Según el informe publicado por el National Quality Forum de los Estados Unidos (2004, p.4), afirman que la cultura de seguridad es la primera de las buenas prácticas de las organizaciones de salud, para mejorar la seguridad del paciente propone retroalimentar al personal con los resultados y utilizar estos para definir intervenciones que mejoren la seguridad de los pacientes. Para determinar la Cultura de seguridad del paciente se emplea la versión traducida del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality, el cual se divide en 5 dimensiones y 42 reactivos o preguntas.

Dimensiones de la Cultura de Seguridad

La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (2016), señala que una cultura de seguridad del paciente es aquella en que las organizaciones, prácticas, equipos y profesionales de salud tienen una conciencia constante y activa del potencial de cosas que puedan fallar, tanto las profesionales como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos y actuar en su rectificación. Asimismo, la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente, lo dimensiona en:

Dimensión 1: Seguridad en el Área de Trabajo

Para la ANSP (2016), una verdadera cultura de seguridad es aquella en la que cada miembro de la organización reconoce sus responsabilidades con la seguridad del paciente y se esfuerza en mejorar la asistencia que proporciona; también es un reconocimiento de que sucederán errores e incidentes, y que la atención sanitaria

entraña riesgos. La evidencia ha demostrado que si la cultura de una organización es consciente de la seguridad y sus miembros son estimuladas a hablar abiertamente sobre errores e incidentes, la seguridad y la atención al paciente se verán mejoradas significativamente.

Trabajo en equipo dentro del área o servicio. El trabajo en equipo debe ser eficiente en la atención de salud, porque logra un impacto inmediato y positivo en la seguridad del paciente. La importancia de los equipos eficientes en la atención sanitaria está incrementándose debido a factores tales como: mayor incidencia de la complejidad y especialización en la atención, mayores comorbilidades, mayor incidencia de enfermedades crónicas, déficit de fuerza laboral, y las iniciativas para lograr una cantidad segura de horas de trabajo.

Trabajo en equipo entre áreas o servicios. Un mal trabajo en equipo debido a la combinación de las barreras de comunicación a través de las jerarquías, falta de reconocimiento, y conocimiento de la situación conducen a eventos adversos. El trabajo en equipo intenta minimizar el potencial de error mediante la formación de cada miembro del equipo para responder ante situaciones agudas. Por tanto, esta formación se centra en el desarrollo de habilidades de comunicación efectiva y un entorno más coherente entre los miembros del equipo, y la creación de una atmósfera en la que todo el personal se siente cómodo.

Dimensión 2: Seguridad brindada por la dirección

La ANSP (2016), refiere que un clima laboral efectivo promueve la seguridad del paciente. Cumplir la agenda de seguridad del paciente requiere motivación y compromiso desde lo más alto de cada organización de atención primaria, así como de líderes clínicos y directivos en todo el servicio. Según, MINSA (2014), para mostrar que la seguridad es una prioridad y que la dirección de la organización está comprometida a mejorar, los líderes tienen que ser visibles y activos en liderar las mejoras de seguridad del paciente. El personal debe sentirse capaces de manifestarse si piensan que no es segura la atención que prestan; con independencia de su posición.

Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad. Es un proceso dinámico de creación de conocimiento que se genera en la organización a través de los individuos que la integran y los grupos que lo conforman, dirigido a la generación y desarrollo de competencias que permitan a la organización mejorar su actuación y resultados.

Personal: suficiencia y disponibilidad. La suficiencia y disponibilidad de personal, constituye el contingente de personal que tiene una organización de salud para la realización de sus actividades. El análisis de la dotación de personal (su composición, distribución, rendimiento y suficiencia) en un establecimiento de salud resulta altamente complejo, sea que se trate de una institución aislada o de un sistema mayor.

Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente. La mejora de la seguridad debe ser nuestra aspiración máxima, específica y declarada, empezando por la alta dirección de las organizaciones. Las investigaciones indican que cuanto mayor es el grado de compromiso de los dirigentes con la mejora de la seguridad y procesos, mayor es también el compromiso del resto de las fuerzas de trabajo.

Dimensión 3: Seguridad desde la comunicación

La ANSP (2016), indica que es el conjunto de medidas preventivas y reactivas de las organizaciones que permiten resguardar y proteger la información buscando mantener la confidencialidad, evitando información de los errores en los cambios que se han implementado y modos de prevenir errores. Desarrollar vías para comunicar abiertamente y escuchar a los pacientes. Involucrar y comunicarse abiertamente con los pacientes, sus familiares, sus cuidadores y el público es esencial para mejorar la seguridad del paciente. Muchos pacientes son expertos en su propia enfermedad y esta experiencia puede utilizarse para ayudar a identificar riesgos y concebir soluciones a problemas de seguridad del paciente.

Grado de apertura de la comunicación. La buena comunicación facilita los procesos de planificación, toma de decisiones, resolución de problemas y establecimiento de objetivos, además de promover la responsabilidad compartida

en a asistencia al paciente. La colaboración que se obtiene mediante la cooperación y comunicación se traduce en resultados positivos para el paciente.

Comunicación e información al personal sobre errores en la unidad. En cuanto a la comunicación e información al personal o profesional de enfermería sobre los errores en la unidad, tener un área de seguridad designada en todas las unidades del departamento y la atención al paciente demuestra el compromiso de la organización con la seguridad, puede hacer que otros miembros del personal se sientan más cómodos compartan información y realicen preguntas.

Dimensión 4: Frecuencia de sucesos notificados

La ANSP (2016), que incluye información oportuna de los incidentes adversos, estadística de los mismos para garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional. Es un requisito fundamental para mejorar la seguridad del paciente. Sin esta información, las organizaciones locales no pueden enfocar y asignar adecuadamente recursos para garantizar el cambio. Los factores que afectan al índice de notificación incluyen una falta de sistemas informáticos integrados y responsabilidades diversas de notificación entre el personal sin línea directa con altos cargos.

Dimensión 5: Seguridad desde la atención primaria

La ANSP (2016), indica que es la percepción de la atención sanitaria que minimiza daños y riesgos a los usuarios desde el primer momento de la atención. También incluye apoyo mutuo, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo, para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar. La integración y gestión de todo el riesgo ayudará a las organizaciones de atención primaria, incluyendo prácticas, a cumplir con sus objetivos, homologaciones de riesgo y requisitos ejecutivos de sanidad y seguridad.

Respuesta no punitiva a los errores. Los mayores obstáculos a una discusión abierta de los errores son el miedo y la vergüenza asociados al hecho de hacer públicos los errores y escasa confianza en que su revelación vaya a generar medidas de mejora continua de calidad, y no amonestaciones. La necesidad de

buscar el culpable y aplicar castigos está muy enraizada en el tejido social; aunque los miembros de una organización consigan asimilar intelectualmente una orientación no punitiva del sistema, la tendencia a buscar culpable y aplicar un castigo hace que ésta quede anulada frente a situaciones difíciles.

Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno. Situaciones que implican la seguridad del paciente en los cambios de turnos, aumentan el riesgo de eventos adversos y debe incitar al personal a ser más consciente de la seguridad de lo habitual. Los ejemplos incluyen pacientes con el mismo apellido, ensayos de nuevos equipos y protocolos. La identificación de estas situaciones de alto riesgo y llevarlos a la atención de todos los miembros del personal al comienzo de cada turno disminuye la probabilidad de eventos adversos.

Lograr la excelencia en seguridad es un asunto sobre todo de creación de relaciones. Los líderes que obtienen los resultados más satisfactorios en la adopción de una cultura de seguridad son los que se basan en la confianza y la credibilidad entre los miembros de la organización, elementos que favorecen el compromiso con la visión de la misma. El modo en que los jefes se enfrentan cada día a los problemas y muestran su nivel de compromiso con la organización y con sus miembros influye en su credibilidad y en el nivel de confianza del que se hacen merecedores.

Seguridad del Paciente

Para Rocco y Garrido (2017) la seguridad del Paciente, o el intento consciente de evitar lesiones al paciente causadas por la asistencia, es un componente esencial de la Calidad Asistencial y la condición previa para la realización de cualquier actividad clínica. Solo recientemente a la luz de datos objetivos, la Seguridad del Paciente ha comenzado a considerarse una cuestión primordial en la práctica sanitaria.

Gómez, Soto, Arenas, Garzón, Gonzales y Mateus, (2011) definen la seguridad del paciente como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos

estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportados con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles años, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad. (p. 2). Según la OMS la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo (p.1).

El Minsa (2015), determina a la seguridad del paciente como al conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente; es decir, detiene en lo posible la aparición de incidentes y eventos adversos, aprender de los errores de forma proactiva y que no se vuelvan producir.

Mori (2018) indica que existe una urgente necesidad de que los organismos que proveen servicios de salud modifiquen sus procesos de trabajo y consideren a la seguridad del paciente como un objetivo institucional de máxima relevancia. No obstante, es claro que no se pueden aplicar cambios duraderos e importantes en una organización, sin replantear de forma satisfactoria su cultura. Actualmente se considera que la cultura puede cumplir un papel fundamental para ayudar a las organizaciones a dar respuesta a los numerosos desafíos que se les plantean.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad (2016) indica que la OPS ha venido desarrollando el Programa de Calidad en la Atención y Seguridad del Paciente en el marco del cual se han desarrollado diferentes proyectos, entre los que cabe destacar:

- 1.- Sistemas de notificación de incidentes en América Latina que recogen información sobre diferentes sistemas de notificación en la región y recomendaciones para su implementación y desarrollo.
- 2- Estudio Eventos Adversos en pacientes que acuden a los servicios de atención ambulatoria en Latinoamérica (IBEAS). El principal objetivo de esta investigación era valorar la viabilidad de llevar a cabo este tipo de estudios

en la región, así como conocer la frecuencia, características y evitabilidad de los eventos adversos en la población estudiada. Este estudio respondía al interés de los países de la región en ampliar el conocimiento sobre seguridad del paciente y forma parte de las líneas estratégicas contempladas en la Resolución CSP27.R10 del 5 de octubre de 2007: “Política y Estrategia Regional para la Garantía de la Calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad al paciente”.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

La 55ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS), en mayo de 2002, aprobó la propuesta de establecer una alianza internacional que facilitase la formulación de políticas sobre la seguridad del paciente y el fomento de prácticas adecuadas en todos los Estados Miembros, e impulsara el logro de mejoras a escala internacional. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, creada en el año 2004, tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente (Mori, 2018).

Objetivos internacionales para la seguridad del paciente

La falta de capacitación, carencias en identificación del paciente, discontinuidad de atención, falta de control de infecciones y de lavado de manos, no cumplir con las guías clínicas, acceso dificultoso a la información han logrado que la seguridad del paciente sea cada vez más deficiente. Por ese motivo la OMS implemento objetivos con la finalidad de disminuir los daños que puedan causar estos eventos adversos.

Según MINSA (2014), la importancia de los objetivos es promover mejoras específicas en cuanto a la seguridad del paciente. Para ello, se destacan las áreas problemáticas de atención sanitaria y se describen soluciones consensuadas para estos problemas basadas tanto en la evidencia y conocimiento de expertos.

1.-Identificar correctamente a los pacientes:

Los errores referentes al paciente equivocado pueden ocurrir en prácticamente todos los aspectos del diagnóstico y tratamiento, debido a que los pacientes pueden estar sedados, desorientados, con discapacidades sensoriales, o puede que los

cambien de cama, habitación o lugar. Además, con frecuencia, distintos pacientes comparten Nombre y Apellido (Hospital Italiano de Buenos Aires, S.F, p.2).

Todo personal asistencial debe de verificar de manera responsable la identidad del paciente. Se realiza a través del brazalete que se le coloca al paciente al ingreso del servicio, el cual debe de llevar dos identificadores; nombres y apellidos completos y número de DNI, numero de pasaporte o carnet de extranjería si fuera el caso. Este brazalete se verifica antes de: 1.- La administración de medicamentos, sangre o hemoderivados. 2.- Extraer muestras de laboratorio. 3.- Realizar cualquier procedimiento invasivo como endoscopia. 4.- Intervenciones quirúrgicas. 5.- Estudio de imágenes.

2.- Mejorar la comunicación efectiva:

Cuando la comunicación es efectiva se disminuyen los errores y se mejora la seguridad del paciente. Por eso es importante que la comunicación entre el médico y todos los actores en el proceso de atención, incluyendo a los pacientes sea segura. Para que la comunicación sea efectiva, se deben cumplir los siguientes puntos: **Completo:** El mensaje que brinda el médico debe contener todos los elementos requeridos. **Oportuno:** Debe darse en el momento justo. **Preciso:** El mensaje debe contener lo necesario e indispensable. **Inequívoco:** Sin errores. **Entendible:** Debe ser comprensible. (Objetivos Internacionales para la Seguridad del Paciente, S.F, p. 4).

3.- Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo:

Cuando los medicamentos forman parte del plan de tratamiento de un paciente, es fundamental el manejo adecuado a fin de garantizar su seguridad. La administración errónea de algún medicamento, puede ocurrir por falta de supervisión, falta de orientación o inducción del personal que atiende al paciente o por una situación de urgencia mal manejada. Cuando nos referimos a un medicamento de alto riesgo hablamos de un medicamento que puede llevar hasta la muerte si su administración es errónea. Para evitar este riesgo, la institución identifica los medicamentos con una etiqueta roja, vigila de manera cuidadosa su aplicación, los guarda en un lugar seguro, restringe su acceso e indica qué personas lo pueden usar (OISP, S.F, p. 4).

Los medicamentos considerados de ALERTA MAXIMA aquellos medicamentos que pueden representar un riesgo elevado para la salud del paciente deben identificarse con etiquetas de colores. En el caso que sean electrolitos deben de llevar etiqueta ROJA.

Los medicamentos LASA (son aquellos medicamentos que pueden tener nombres parecidos y verse parecidos) se identifican con etiquetas AZUL.

4.- Garantizar cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto:

La cirugía en el lugar incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente equivocado es un problema inquietante en las organizaciones de salud. Estos errores son principalmente el resultado de una comunicación deficiente entre los miembros del equipo quirúrgico, de la falta de participación del paciente en el marcado del sitio quirúrgico y la ausencia de procedimientos de verificación preoperatorios. (Hospital Italiano de Buenos Aires S.F, p. 7).

Para poder cumplir con este objetivo se debe de tener en cuenta dos factores:

a.- Marcado del sitio quirúrgico: el cual se aplica a aquellas intervenciones donde impliquen bilateralidad (derecho o izquierdo), estructuras múltiples (dedos). b.- Uso de lista de chequeo quirúrgica: la cual se realiza en sala de operaciones por el personal que está programado para la cirugía, esta se realiza en tres momentos: Entrada: antes de colocar la anestesia; En la pausa quirúrgica: después de que se coloca la anestesia y antes de realizar la incisión; Salida: se realiza después de cerrar la herida operatoria.

5.- Reducir el riesgo de infecciones asociadas a la atención sanitaria:

La prevención y el control de infecciones asociadas con la atención médica, constituyen un desafío para todos los centros de salud. Los índices de aumento de dichas infecciones representan una preocupación importante, tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud. Las manos son las principales vías de transmisión de los gérmenes durante la atención sanitaria. Por consiguiente, la higiene de las manos es la medida más importante para evitar la

transmisión de gérmenes dañinos y prevenir las infecciones relacionadas con la atención. (OISP, S.F, p. 6).

Hasta ahora se han establecido 5 momentos para el lavado de manos: (1) antes del contacto con el paciente, (2) antes de realizar cualquier tarea aséptica, (3) después del contacto con el paciente, (4) después del contacto o exposición con secreciones o fluidos del paciente, (5) después del contacto con el entorno del paciente.

6.- Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas:

Las caídas constituyen un factor importante en las lesiones sufridas por pacientes hospitalizados. En el contexto de la población que se atiende, los servicios que se prestan y la característica de sus instalaciones, el establecimiento debe evaluar el riesgo de caídas y, en consecuencia, debe tomar medidas para reducir riesgos y lesiones en caso de ocurrir una caída. (OISP, S.F, p. 6).

Identificamos al paciente con riesgo de caídas porque llevan doble brazalete de identificación. Otras medidas a tomar son levantar barandas y hacer rondas de seguridad.

Errores en la Atención Sanitaria

James Reason definió el modelo del queso suizo para explicar la producción de accidentes o pérdidas a partir de errores humanos. Según este modelo, el error humano no es el factor que provoca los accidentes, sino, por el contrario, la consecuencia (o síntoma) de una multiplicidad de deficiencias más profundas del sistema, que deben ser rastreadas en tiempo y espacio alejados del evento desencadenado (Cerpie–UPC, 2017).

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 (Ccencho, 2017).

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 productivas 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 finales 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 (Ccencho, 2017).

Cerpie–UPC (2017) dice que el modelo de Reason redefine cuatro niveles de fallo humano de manera que cada uno influye en el siguiente. Según el orden establecido para un análisis causal del error, nos encontramos con las siguientes etapas: a- Actos inseguros. B- Precondiciones para los actos inseguros. C- Supervisión insegura. D- Influencias organizacionales.

Cada una de estas etapas se representa como una rebanada de queso suizo con sus correspondientes agujeros (continuamente abriéndose, cerrándose y cambiando de posición) la cual representan las deficiencias que se van produciendo en las capas de estrategia empresarial, procesos organizacionales,

sistemas de seguridad y factor humano. La presencia de agujeros en una rebanada normalmente no causa resultados malos. Esto sólo ocurre cuando muchas capas se alinean momentáneamente permitiendo la trayectoria de la oportunidad de accidente, convirtiendo la manifestación del peligro en daño de víctimas o pérdidas. Los agujeros se deben a dos razones: fallos activos y condiciones latentes. Normalmente los eventos adversos ocurren cuando se da la combinación de ambos.

Los fallos activos son los actos no seguros realizados por personas que están en contacto directo con el sistema. Estos actos pueden tener formas variadas: deslices, lapsus, errores, violaciones de procedimientos. Las condiciones latentes son inevitables patologías residentes dentro del sistema. Todas las decisiones estratégicas tienen el potencial de introducir patologías dentro del sistema. Estas condiciones latentes pueden estar “dormidas” dentro del sistema durante años hasta que se combinan con fallos activos y provocan una catástrofe imprevista.

No obstante, estas condiciones se pueden identificar y remediar antes de que ocurra un evento adverso, mediante simulaciones, análisis de escenarios, etc., conduciendo una gestión proactiva del riesgo (Cerpie–UPC, 2017).

1.4 Formulación del problema

1.4.1 Problema General

¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del Paciente, entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada, 2018?

1.4.2 Problemas específicos

Problema específico 1

¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada, 2018?

Problema específico 2

¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada, 2018?

Problema específico 3

¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada, 2018?

Problema específico 4

¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada, 2018?

Problema específico 5

¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en atención primaria entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada, 2018?

1.5 Justificación

La investigación realizada, permitirá comparar la cultura de seguridad del paciente por parte del personal asistencial del servicio de emergencia y de hospitalización y de esta manera proponer estrategias para el mejoramiento continuo de la atención. Por lo tanto, resulta importante promover una cultura de seguridad del paciente en la práctica profesional del personal asistencial con el objetivo de poder brindar el máximo de satisfacción y bienestar de los pacientes.

Justificación práctica:

Este estudio es de gran relevancia asistencial ya que ayudara a conocer la cultura de seguridad del personal asistencial que labora en el área de emergencia y hospitalización de la clínica privada y de esa manera poder brindar una atención de salud segura al paciente libre de complicaciones o accidentes. Se podrá disminuir la incidencia de los eventos adversos.

Justificación teórica:

Las conclusiones a las que se lleguen en este estudio de investigación pueden servir mucho de ayuda a futuras investigaciones que estén relacionadas con la cultura de seguridad del paciente.

Justificación metodológica:

El instrumento (Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptada al castellano) que se usara para el análisis de este estudio tiene una gran utilidad porque ha sido tomado en cuenta por diversos estudios tanto nacionales como internacionales ya que es muy factible para poder adaptarse de acuerdo a las necesidades del investigador.

Justificación social:

El presente estudio de investigación es de suma relevancia porque ayudará a que el personal asistencial tome conciencia sobre la importancia de la cultura de seguridad del paciente y así poder prevenir futuros eventos adversos, de esta manera se beneficiará al paciente tanto del área de emergencia como de hospitalización quienes recibirán una atención de calidad y libre de errores.

1.6 Hipótesis

1.6.1. Hipótesis General.

Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

1.6.2. Hipótesis Específicas.

Hipótesis específica 1

Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Hipótesis específica 2

Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Hipótesis específica 3

Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Hipótesis específica 4

Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Hipótesis específica 5

Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en atención primaria entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivo general.

Comparar la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

1.7.2 Objetivos específicos.

Objetivo específico 1

Comparar la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Objetivo específico 2

Comparar la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Objetivo específico 3

Comparar la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Objetivo específico 4

Comparar la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Objetivo específico 5

Comparar la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en atención primaria entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

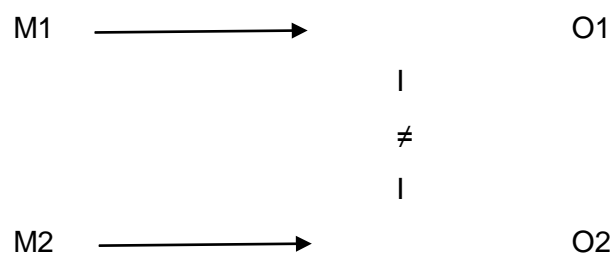
II. Método

2.1. Diseño de estudio

El diseño de estudio se refiere al plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea con el fin de responder al planteamiento del problema (Hernández, Fernández y Baptista 2014, p. 128).

El tipo de diseño es el no experimental porque en la investigación no hay manipulación de la variable deliberadamente; es decir la variable independiente no varía para ver su efecto sobre otras variables. Lo que se hace es observar fenómenos “tal como se dan en su contexto natural para analizarlos” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 152).

Diseño:



Donde:

M₁: muestra del personal asistencial del servicio de emergencia.

M₂: muestra del personal asistencial del servicio de hospitalización.

O1: Información recogida de la muestra del personal asistencial de emergencia.

O2: Información recogida de la muestra del personal asistencial de hospitalización.

≠ = Diferencia o semejanza de práctica de valores entre M₁, M₂.

Nivel de investigación

El nivel de investigación es descriptivo porque se busca describir las características, las propiedades y perfiles de personas, los grupos, comunidades y objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis; es decir solo recogen información sobre los conceptos o las variables a las que refieren. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 92).

Es comparativo porque establece las causas o los factores de riesgo que inciden en determinados problemas. Además, permite comparar uno o varios grupos que tienen el problema, con uno o varios que no lo tienen, con el fin de determinar los factores que contribuyeron al problema. (Sampieri, Collado y Lucio, 2003).

Enfoque de Investigación

Es importante conocer que el enfoque cuantitativo representa un conjunto de procesos por lo tanto es secuencial, el orden que se sigue debe ser riguroso. Parte de los objetivos y preguntas de investigación, se elabora una perspectiva teórica en función de teorías preexistentes revisadas y en función de ellas se establecen las hipótesis, variables y dimensiones; se desarrolla bajo un plan preestablecido (diseño de la investigación) que se sigue para probar las hipótesis teniendo como base la medición numérica y el análisis estadístico y finalmente se emiten conclusiones directamente relacionadas a los objetivos planteados inicialmente ((Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 4).

Tipo de investigación

Es básica: Porque es un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplica al estudio de un fenómeno. (Sampieri, 2010).

Es transversal: Porque los datos se recolectan en un solo momento y tiempo único teniendo como propósito describir las variables analizando su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2014, p. 154)

Prospectivo: Son aquellos en los cuales la información se va registrando en la medida que va ocurriendo el fenómeno o los hechos programados para observar. (Pineda, SF, p.81).

Observacional: Porque el investigador no interviene, solo se limita a observar y describir la realidad. (Wikipedia 2018).

2.2. Variables, operacionalización

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 relaciones de orden entre las categorías.

2.2.1. Definición conceptual

Variable 1: cultura de seguridad del paciente. -

La cultura de la seguridad se definió como “el conjunto de características y actitudes en organizaciones e individuos que aseguren que, como prioridad esencial, las cuestiones de seguridad reciban la atención que merecen en razón de su significación”, concretándose como “el producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de manejo de la seguridad de una organización” (Arias y Gómez, 2017. p 180).

De acuerdo a la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR, la cultura de seguridad se define como el resultado de los valores individuales y de grupo, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso, el estilo y la competencia de una organización hacia la salud, y el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada en la confianza mutua, producto de las percepciones compartidas acerca de la importancia de la seguridad, y por la confianza depositada en la eficacia de las medidas preventivas implementadas para evitar los eventos adversos (Camacho y Jaimes, 2018).

2.2.2. Definición operacional de la variable

La variable de estudio se midió a través de 5 dimensiones las cuales son: área de trabajo, dirección, comunicación, sucesos notificados y la atención primaria. Esta variable fue medida con un instrumento constituido por 28 ítems, cuestionario tipo Escala de Likert y valorado en alta, media y baja.

Tabla 1

Matriz operacional de la variable cultura de seguridad del paciente

| Dimensiones | Indicadores | Ítems | Escala Valores | Niveles Rangos |
|------------------------|--|---------------------|-------------------|---------------------|
| Área de trabajo | El personal se apoya | | | |
| | Personal suficiente | | | |
| | Colaboración en equipo | | | |
| | Trato con respeto | | Muy de | |
| | Jornada laboral agotadora | 1, 2, 3, 4, | acuerdo | |
| | Demasiado personal temporal | 5, 6, 7, 8, | | |
| | Sobrecarga laboral | 9, 10 y 11 | | Alta (103 – 140) |
| Dirección | No más errores por casualidad | | | |
| | No sacrificar la seguridad del paciente | | De acuerdo | |
| | Trabajo bajo presión | | | |
| | Problemas con la seguridad del paciente | | Indiferente | Media (66 – 102) |
| | Comentarios favorables | | | |
| Comunicación | Sugerencias del personal | 12, 13, 14 y 15 | | |
| | Trabajo a presión | | | |
| | Problemas de seguridad | | | |
| | Informa cambios | | Muy en | Baja (28 – 65) |
| | Se informa los errores | 16, 17, | desacuerdo | |
| | Cuestiona decisiones | 18, 19 y 20 | | |
| Sucesos Notificados | Discuten errores | | | |
| | Miedo hacer preguntas | | | |
| | Notifica errores graves | | | |
| Atención primaria | Notifica errores mínimos | 21, 22 y | | |
| | Notifica errores sin consecuencias | 23 | En desacuerdo | |
| | El ambiente promueve la seguridad | | | |
| | Perdida de información entre servicios | 24, 25, 26, 27 y | | |
| | Perdida de información en el reporte | 28 | | |
| | Seguridad es prioritaria para la dirección | | | |
| | Interés después del incidente | | | |

2.3. Población y muestra

2.3.1 Población

Para Hernández, Fernández y Baptista (2010), la población es: “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones” (p. 174), en tal sentido debe establecerse en función a “sus características de contenido, de lugar y en el tiempo” (p. 174).

La población de estudio estuvo conformada por el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de la clínica privada.

Criterios de Inclusión

Personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización.

Personal de ambos sexos

Personal que está de acuerdo con participar en la encuesta

Criterios de exclusión

Todo personal que no haga la labor asistencial

Que estén de vacaciones.

Que estén con licencia.

Que se encuentren con descanso médico.

Muestra

Tamaño de la muestra

Para Hernández, et al. (2014) la muestra en esencia como un “subgrupo de la población” sobre la cual se recogerán los datos y tiene que delimitarse con precisión. Digamos que es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población (p. 175).

Calculo de la muestra:

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

Donde:

n = Tamaño de muestra

e = Error de estimación

N = Tamaño de la población bajo estudio

Z = Nivel de confianza (95% que equivale a 1,96)

p = Probabilidad de éxito (0,5)

q = Probabilidad de fracaso. (0,5)

$$\frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5) (120)}{(0,1)^2 (120 - 1) + (1,96)^2 (0,5) (0,5)}$$

$$\frac{115.248}{2.1504} = 53.59375$$

$$n = 53$$

Donde:

$$n \text{ (Tamaño de la muestra)} = 53$$

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.4.1 Técnica de recolección de datos

La técnica usada en esta investigación fue la encuesta, que es una técnica que se basa en preguntas dirigidas a una muestra grande de personas, la cual emplea como herramienta los cuestionarios para averiguar sobre las características o diversos hechos que se desea medir o conocer (Hernández, et al., 2010). La encuesta se realizará al personal asistencial de los servicios de emergencia y hospitalización de la Clínica Privada.

2.4.2 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento de medición es el cuestionario 'Hospital Survey on Patient Safety Culture', el cual fue diseñado por la AHRQ, versión en español. Esta encuesta es

útil para evaluar la cultura de seguridad de una organización hospitalaria como un todo o para áreas específicas dentro de él. El instrumento ha sido validado por la Agency for Health Care Research and Quality de EE. UU y para dar mayor seguridad metodológica se ha procedido a validar a través de juicios de expertos.

El cuestionario consta de 28 preguntas formuladas en positivo y negativo y para poder dar valor a cada ítem se usó una escala tipo Likert de cinco grados: muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, muy en desacuerdo y en desacuerdo. También se dividió en 5 dimensiones en las que se evalúa: la seguridad en el área de trabajo, la seguridad brindada por la dirección, la seguridad desde la comunicación, los sucesos notificados y la seguridad desde la atención primaria.

Y para un mejor manejo de las respuestas se recodifican las respuestas en tres categorías: Alto (muy de acuerdo, de acuerdo), Medio (indiferente) y Bajo (muy en desacuerdo, en desacuerdo).

Ficha técnica para medir la variable: Cultura Seguridad del Paciente

Nombre: Cuestionario de la Cultura de Seguridad del Paciente

Autor: Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS)

Año: 2017

Lugar: Perú

Contenido: 28 ítems

Dimensiones: Área de trabajo (D1), dirección (D2), comunicación (D3), sucesos notificados (D4) y atención primaria (D5)

Escala: Negativa, Neutra y Positiva.

Baremación:

D1 :Negativa [11; 25], Neutra [26; 39] y Positiva [40; 55]

D2 :Negativa [04; 09], Neutra [10; 14] y Positiva [15; 20]

D3 :Negativa [05; 11], Neutra [12; 18] y Positiva [19; 25]

D4 :Negativa [03; 07], Neutra [08; 11] y Positiva [12; 15]

D5 : Negativa [05; 11], Neutra [12; 18] y Positiva [19; 25]

DG : Negativa [28; 65], Neutra [66; 102] y Positiva [102; 140]

2.4.3 Validez y confiabilidad de los instrumentos

Validación de los instrumentos.

La validación de un instrumento, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Para la ejecución del presente estudio se procedió a validar el instrumento a través de juicio de expertos, lo validaron tres especialistas en metodología de la investigación y construcción de instrumentos cada uno de ellos con el grado académico de doctor.

Tabla 2

Validez del instrumento cultura de seguridad del paciente, según expertos

| Experto | El instrumento presenta | | | | Condición final |
|-----------------------------|-------------------------|------------|----------|-------------|-----------------|
| | Pertinencia | Relevancia | Claridad | Suficiencia | |
| Dr. Jorge Laguna Velazco | si | si | si | si | Aplicable |
| Dr. Joaquín Vertiz Osos | si | si | si | si | Aplicable |
| Dr. Walter Menchola Vásquez | si | si | si | si | Aplicable |

La tabla muestra que los expertos consideraron el instrumento como aplicables por contener ítems pertinentes, relevantes, claros y suficientes para garantizar la medición válida de la variable cultura de seguridad del paciente.

2.4.4 Confiabilidad de los instrumentos

El instrumento de recolección de datos presenta ítems con más de dos opciones de respuestas (politómicas), fueron evaluados a través del coeficiente alfa de Cronbach.

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados (Welch & Comer, 1988).

Como criterio general, George y Mallery (2003, p. 231) sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptable

Tabla 3

Confiabilidad del instrumento – Alfa de Cronbach

| Instrumento | Alfa de Cronbach | N.º Ítems |
|----------------------|------------------|-----------|
| Cultura de seguridad | ,709 | 28 |

El resultado obtenido del juicio de expertos los cuales consideraron que el instrumento es aplicable y el índice de confiabilidad de la prueba obtenido por el Alfa de Cronbach que es igual a 0.709, se considera que el instrumento es aceptable por lo tanto procede su aplicación.

2.5. Métodos de análisis de datos

El procedimiento para la recolección de datos fue:

Primero: se solicitó a la entidad de salud el permiso correspondiente para la realización del estudio y aplicación de la encuesta.

Segundo: se aplicó el instrumento, siguiendo las indicaciones establecida en las respectivas fichas técnicas. El instrumento llevó un tiempo aproximado de 10 a 15 minutos para ser respondido.

Tercero: luego de obtenida la información se procedió a organizarla y ordenarla en una base de datos (Excel) luego se analizaron empleando el software SPSS versión 20, el cual permitió establecer el porcentaje de incidencias en las respuestas obtenidas.

Cuarto: para la contrastación de las hipótesis se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney pues las variables de estudio eran cualitativas y medidas en una escala ordinal. Además de ser dos muestras independientes. El uso de este estadístico no paramétrico permitió contrastar, aceptar o rechazar las hipótesis.

Quinto: los resultados fueron presentados en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación, tomando en cuenta el marco teórico.

2.6. Aspectos Éticos

Los datos obtenidos en este estudio fueron recogidos del grupo de investigación y se procesaron de forma adecuada sin adulteraciones.

El personal asistencial que ha participado en este estudio, no fueron mencionados, se han tomado las precauciones necesarias para evitar cualquier tipo de información que pueda dañar a las personas que han colaborado con esta investigación.

Para la realización del marco teórico se tuvo en cuenta los parámetros establecidos para realizar este tipo de estudio, evitando copiar de otras investigaciones.

Los resultados que se han obtenido de este estudio no han sido adulteradas o plagiadas de otras investigaciones.

Finalmente, el interés de este estudio es absolutamente de tipo académico, por lo tanto, se guardará total reserva y confidencialidad en todo el proceso de la investigación.

III. Resultados

3.1 Descriptivos de los resultados

Tabla 4

Niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización

| | | Servicio | | Total |
|-----------------------------------|-------|------------|-----------------|------------|
| | | Emergencia | Hospitalización | |
| Cultura de seguridad del paciente | Media | 27 (900%) | 20 (100%) | 47 (94,0%) |
| | Alta | 3 (10%) | 0 (0,0%) | 3 (36,0%) |
| | Total | 30 (100%) | 20 (100%) | 50 (100%) |

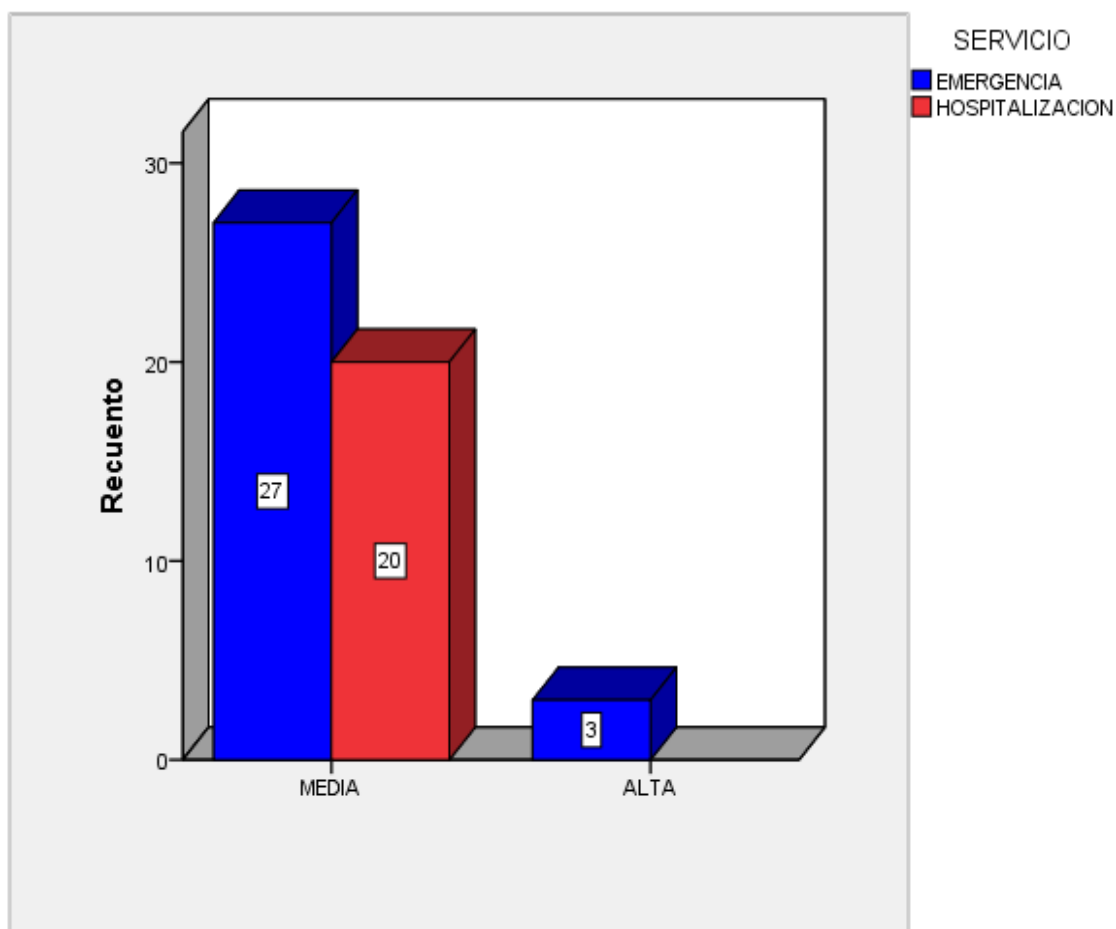


Figura 1. Niveles de cultura de seguridad del paciente en emergencia y hospitalización

En la tabla 4 y figura 1, se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 90% obtuvo un nivel medio y el 10% un nivel alto y en hospitalización el 100% obtuvo un nivel medio de cultura de seguridad.

Tabla 5

Niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización en su dimensión 1: Seguridad en el área de trabajo

| | | Servicio | | Total |
|---------------------------------|-------|--------------|-----------------|--------------|
| | | Emergencia | Hospitalización | |
| Seguridad en el área de trabajo | Media | 20 (66,7%) | 15 (75%) | 70,0% |
| | Alta | 10 (33,3%) | 5 (25%) | 30,0% |
| | Total | 30 100,0% | 20 100,0% | 50 100,0% |

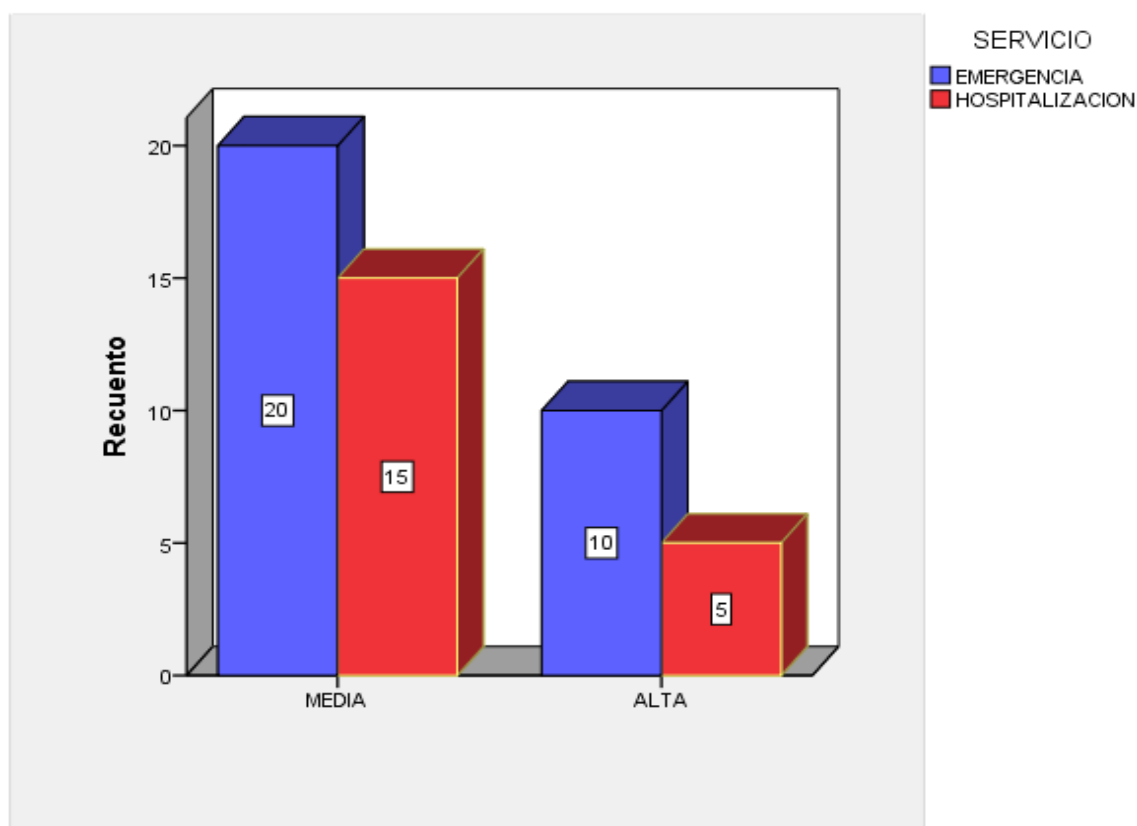


Figura 2. Niveles de cultura de seguridad del paciente en la dimensión 1: Seguridad en el área de trabajo

En la tabla 5 y figura 2, se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 66,7% obtuvo un nivel medio y el 33,3% un nivel alto y de hospitalización el 75% obtuvo un nivel medio y el 25% un nivel alto de cultura de seguridad en su dimensión 1: Seguridad en el área de trabajo.

Tabla 6

Niveles de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial en el servicio de emergencia y hospitalización en su dimensión 2: Seguridad brindada por la dirección.

| | | Servicio | | Total |
|---|-------|------------|-----------------|--------|
| | | Emergencia | Hospitalización | |
| Seguridad brindada por la dirección | Baja | 1 (3,3%) | 0 | 2,0% |
| | Media | 27 (90%) | 20 (100%) | 94,0% |
| | Alta | 2 (6,7%) | 0 | 24,0% |
| | Total | 30 | 20 | 50 |
| | | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

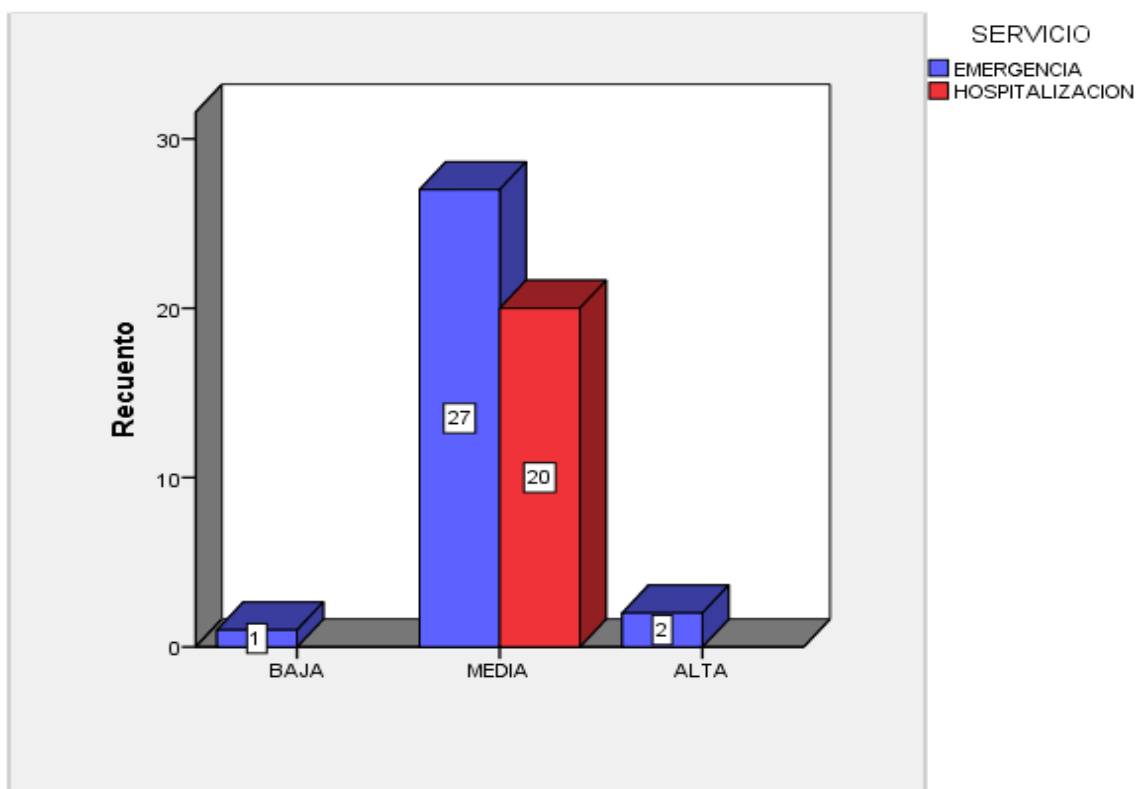


Figura 3. Niveles de cultura de seguridad del paciente en la dimensión 2: Seguridad brindada por la dirección

En la tabla 6 y figura 3, se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 6.7% obtuvo un nivel alto, el 90% un nivel medio y el 3.3% un nivel bajo y de hospitalización el 100% obtuvo un nivel medio de cultura de seguridad en su dimensión 2: Seguridad brindada por la dirección.

Tabla 7

Niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización en su dimensión 3: Seguridad desde la comunicación.

| | | Servicio | | Total |
|---------------------------------|-------|--------------|-----------------|--------------|
| | | Emergencia | Hospitalización | |
| Seguridad desde la comunicación | Baja | 2 (6,7%) | 1 (5%) | 6,0% |
| | Media | 25 (83,3%) | 16 (80%) | 82,0% |
| | Alta | 3 (10%) | 3 (15%) | 12,0% |
| | Total | 30 100,0% | 20 100,0% | 50 100,0% |

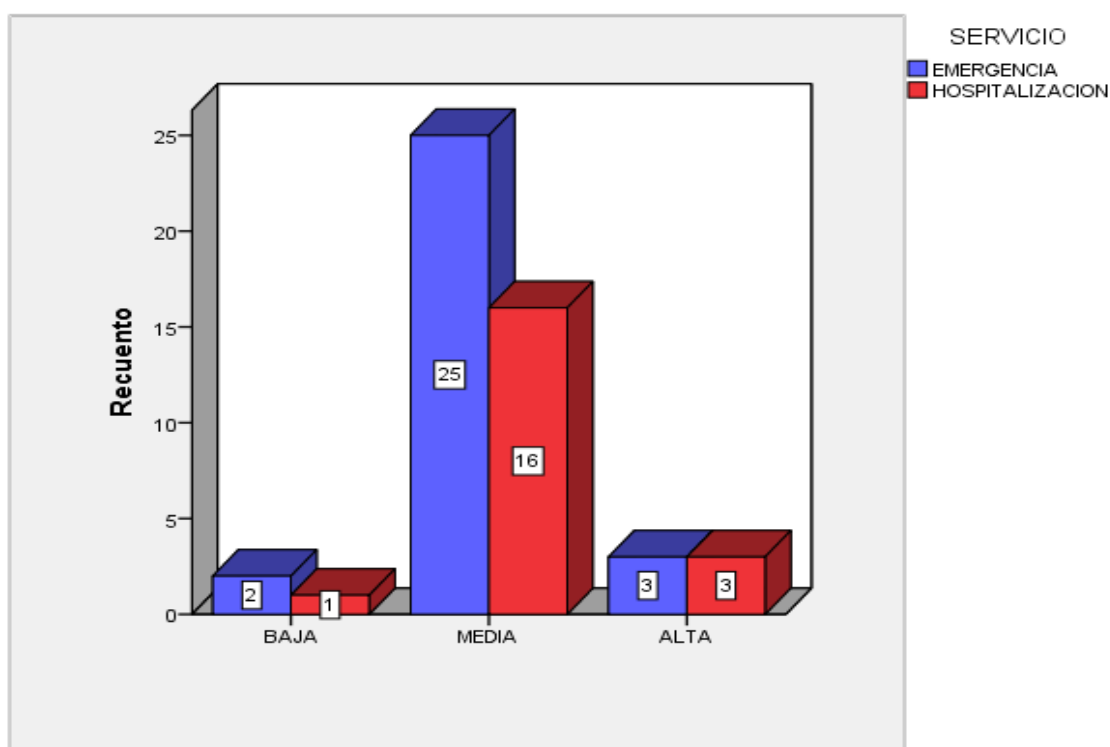


Figura 4. Niveles de cultura de seguridad del paciente en la dimensión 3: Seguridad desde la comunicación

En la tabla 7 y figura 4, se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 6,7% obtuvo un nivel bajo, el 83,3% un nivel medio y el 10% un nivel alto y de hospitalización el 5% obtuvo un nivel bajo, el 80% un nivel medio y el 15% obtuvo un nivel medio de cultura de seguridad en su dimensión 3: Seguridad desde la comunicación.

Tabla 8

Niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización en su dimensión 4: Sucesos notificados.

| | | Servicio | | total |
|---------------------|-------|------------|-----------------|--------|
| | | Emergencia | Hospitalización | |
| Sucesos notificados | Baja | 0 | 1 (5%) | 2,0% |
| | Media | 5 (16,7%) | 6 (30%) | 22,0% |
| | Alta | 25 (83,3%) | 13 (65%) | 76,0% |
| | Total | 30 | 20 | 50 |
| | | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

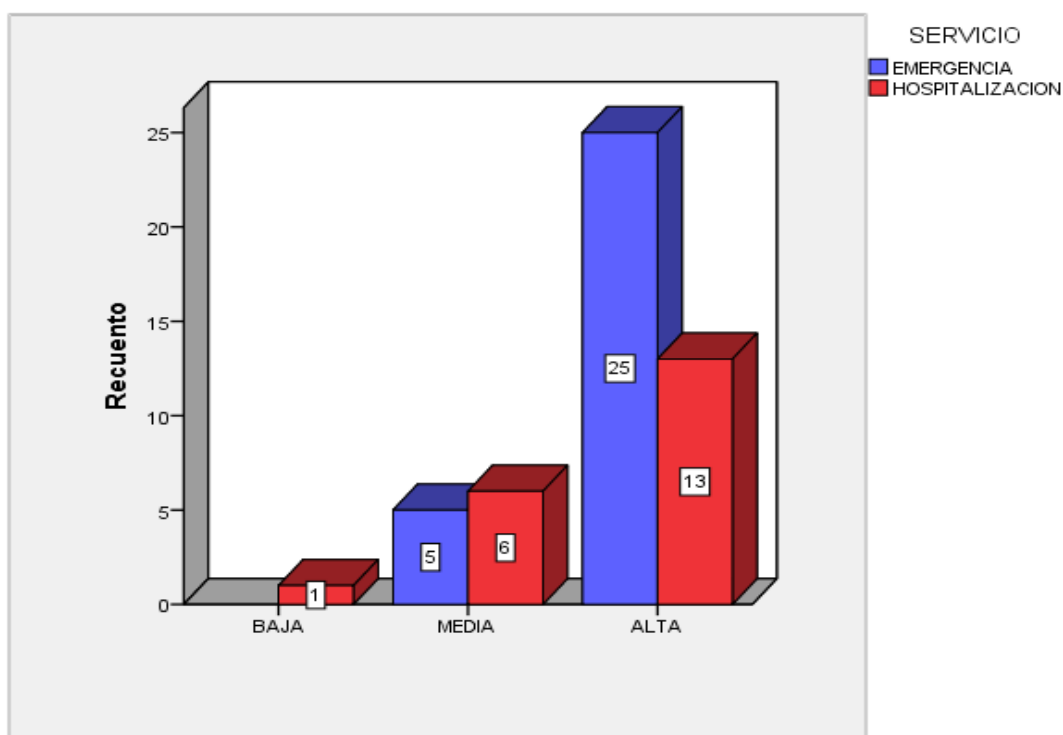


Figura 5. Niveles de cultura de seguridad del paciente en la dimensión 4: Sucesos notificados

En la tabla 8 y figura 5, se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 83,3% obtuvo un nivel alto y el 16,7% un nivel medio y de hospitalización el 65% obtuvo un nivel alto, el 30% un nivel medio y el 5% obtuvo un nivel bajo de cultura de seguridad en su dimensión 4: Sucesos notificados.

Tabla 9

Niveles de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización en su dimensión 5: Seguridad desde la atención primaria.

| | | Servicio | | total |
|--------------------------------------|-------|------------|-----------------|--------|
| | | Emergencia | Hospitalización | |
| Seguridad desde la atención primaria | Media | 28 (93,3%) | 17 (85%) | 90,0% |
| | Alta | 2 (6,7%) | 3 (15%) | 10,0% |
| | Total | 30 | 20 | 50 |
| | | 100,0% | 100,0% | 100,0% |

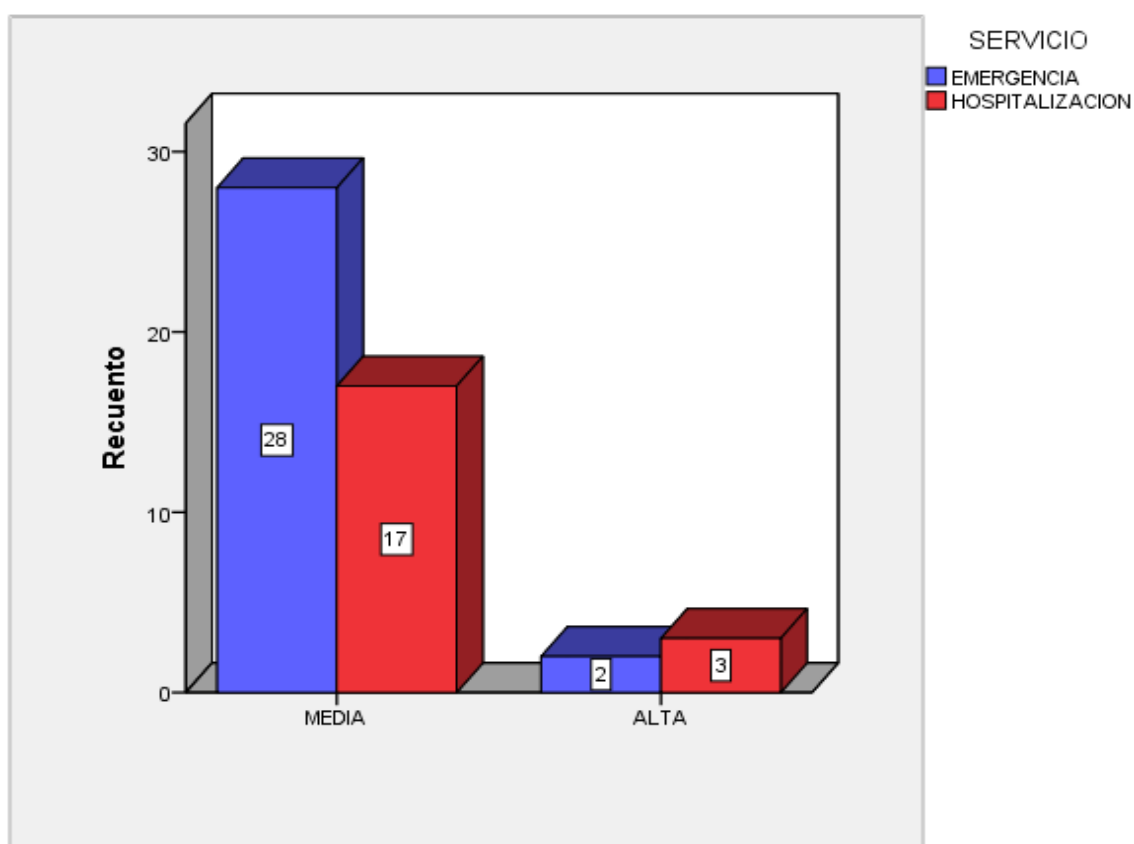


Figura 6. Niveles de cultura de seguridad del paciente en la dimensión 5: Seguridad desde la atención primaria

En la Tabla 9 y Figura 6, se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 93,3% obtuvo un nivel medio y el 6,7% un nivel alto y de hospitalización el 85% obtuvo un nivel medio y el 25% un nivel alto de cultura de seguridad en su dimensión 5: Seguridad desde la atención primaria.

3.2 Contrastación de hipótesis

Para la realización de la contrastación de estas hipótesis se procedió a utilizar la prueba estadística no paramétrica: Prueba U de Mann-Whitney aplicada a dos muestras independientes.

De la hipótesis general

H0: No existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

H1: Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Tabla 10

Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización.

| Rangos | | | | |
|---------------|-----------------|----|----------|---------|
| | Servicio | N | Rango | Suma de |
| Cultura de | | | promedio | rangos |
| seguridad | Emergencia | 30 | 25.92 | 777.50 |
| del paciente | Hospitalización | 20 | 24.88 | 497.50 |
| | Total | 50 | | |

| Estadísticos de contraste | |
|----------------------------------|---------|
| U de Mann-Whitney | 287.500 |
| W de Wilcoxon | 497.500 |
| Z | -.265 |
| Sig. asintótica(bilateral) | .791 |

En la tabla 10, se presentan los resultados para contrastar la hipótesis general: Existen diferencias significativas en el nivel de cultura de seguridad del paciente entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018; el puntaje que se ha obtenido al usar el test U de Mann Whitney es $p=.791$, el valor calculado es más grande que el nivel de significancia; por lo tanto, $p > 0.05$ por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis general. Además, los encuestados del servicio de emergencia obtuvieron puntuaciones de cultura de seguridad del paciente con un Promedio = 25,92 y los encuestados de hospitalización obtuvieron un Promedio = 24.88. Por tanto, se puede afirmar que no existen diferencias significativas en los niveles de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de la clínica privada. Lima -2018.

Contrastación de dimensiones

Primera hipótesis específica

H0: No existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Hi: Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Tabla 11

Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su resultado de la dimensión Seguridad en el área de trabajo entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización

| Rangos | | | | |
|---------------------------------|-----------------|----|----------------|----------------|
| | Servicio | N | Rango promedio | Suma de rangos |
| Seguridad en el área de trabajo | Emergencia | 30 | 26.33 | 790.00 |
| | Hospitalización | 20 | 24.25 | 485.00 |
| | Total | 50 | | |

| Estadísticos de contraste | |
|----------------------------------|---------|
| U de Mann-Whitney | 275.000 |
| W de Wilcoxon | 485.000 |
| Z | -.624 |
| Sig. asintótica(bilateral) | .533 |

En la tabla 11, se presentan los resultados para contrastar la primera hipótesis específica: Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018; el puntaje que se han obtenido al usar el test U de Mann Whitney es $p=.533$, el valor calculado es más alto que el nivel de significancia; por lo tanto, $p > .005$, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis específica 1. Además, los encuestados del servicio de emergencia obtuvieron puntuaciones de cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo con un Promedio = 26,33 y los encuestados de hospitalización con un Promedio = 24.25. Por tanto, se puede afirmar que no existen diferencias significativas en los niveles de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de la clínica privada. Lima -2018.

Segunda hipótesis específica

H0: No existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Hi: Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Tabla 12

Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su resultado de la dimensión Seguridad brindada por la dirección entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización

| Rangos | | | | |
|-------------------------------------|-----------------|----|----------------|----------------|
| | Servicio | N | Rango promedio | Suma de rangos |
| Seguridad brindada por la dirección | Emergencia | 30 | 25,83 | 775,00 |
| | Hospitalización | 20 | 25,00 | 500,00 |
| | Total | 50 | | |

| Estadísticos de contraste | |
|----------------------------------|---------|
| U de Mann-Whitney | 290,000 |
| W de Wilcoxon | 500,000 |
| Z | -,481 |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,630 |

En la tabla 12, se presentan los resultados para contrastar la segunda hipótesis específica: Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018; el puntaje que se ha obtenido al usar el test U de Mann Whitney es $p = .630$, el valor calculado es más alto que el nivel de significancia; por lo tanto, $p > .005$, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis específica 2. Además, los encuestados del servicio de emergencia obtuvieron puntuaciones de cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección con un Promedio = 26,83 y los encuestados de hospitalización con un Promedio = 25.00. Por tanto, se puede afirmar que no existen diferencias significativas en los niveles de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de la clínica privada. Lima -2018.

Tercera hipótesis específica

H0: No existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Hi: Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Tabla 13

Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su resultado de la dimensión Seguridad desde la comunicación entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización

| Rangos | | | | |
|---------------------------------|-----------------|----|----------------|----------------|
| | Servicio | N | Rango promedio | Suma de rangos |
| Seguridad desde la comunicación | Emergencia | 30 | 24,88 | 746,50 |
| | Hospitalización | 20 | 26,43 | 528,50 |
| | Total | 50 | | |

| Estadísticos de contraste | |
|----------------------------------|---------|
| U de Mann-Whitney | 281,500 |
| W de Wilcoxon | 746,500 |
| Z | -,548 |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,584 |

En la tabla 13, se presentan los resultados para contrastar la tercera hipótesis específica: Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018; el puntaje que se ha obtenido al usar el test U de Mann Whitney es $p = .584$, el valor calculado es más alto que el nivel de significancia; por lo tanto, $p > .005$, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis específica 3. Además, los encuestados del servicio de emergencia obtuvieron puntuaciones de cultura de

seguridad del paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación con un Promedio = 24,88 y los encuestados de hospitalización con un Promedio = 26.43. Por tanto, se puede afirmar que no existen diferencias significativas en los niveles de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de la clínica privada. Lima -2018.

Cuarta hipótesis específica

H0: No existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Hi: Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Tabla 14

Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su resultado de la dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización

| Rangos | | | | |
|-----------------------------------|-----------------|----|----------------|----------------|
| | Servicio | N | Rango promedio | Suma de rangos |
| Frecuencia de sucesos notificados | Emergencia | 30 | 27,42 | 822,50 |
| | Hospitalización | 20 | 22,63 | 452,50 |
| | Total | 50 | | |

| Estadísticos de contraste | |
|----------------------------------|---------|
| U de Mann-Whitney | 242,500 |
| W de Wilcoxon | 452,500 |
| Z | -1,535 |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,125 |

En la tabla 14, se presentan los resultados para contrastar la cuarta hipótesis específica: Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente

en su dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018; el puntaje que se ha obtenido al usar el test U de Mann Whitney es $p = .125$, el valor calculado es más alto que el nivel de significancia; por lo tanto, $p > .005$, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis específica 4. Además, los encuestados del servicio de emergencia obtuvieron puntuaciones de cultura de seguridad del paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados con un Promedio = 27,42 y los encuestados de hospitalización con un Promedio = 22.63. Por tanto, se puede afirmar que no existen diferencias significativas en los niveles de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de la clínica privada. Lima -2018.

Quinta hipótesis específica

H0: No existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en atención primaria entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Hi: Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en atención primaria entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.

Tabla 15

Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su resultado de la dimensión seguridad en atención primaria entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización

| Rangos | | | | |
|--------------------------------|-----------------|----|----------------|----------------|
| | Servicio | N | Rango promedio | Suma de rangos |
| Seguridad en atención primaria | Emergencia | 30 | 24,67 | 740,00 |
| | Hospitalización | 20 | 26,75 | 535,00 |
| | Total | 50 | | |

| Estadísticos de contraste | |
|----------------------------------|---------|
| U de Mann-Whitney | 275,000 |
| W de Wilcoxon | 740,000 |
| Z | -,953 |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,341 |

En la tabla 15, se presentan los resultados para contrastar la quinta hipótesis específica: Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en atención primaria entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018; el puntaje que se ha obtenido al usar el test U de Mann Whitney es $p = .341$, el valor calculado es más alto que el nivel de significancia; por lo tanto, $p > .005$, por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis específica 5. Además, los encuestados del servicio de emergencia obtuvieron puntuaciones de cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad en atención primaria con un Promedio = 24,67 y los encuestados de hospitalización con un Promedio = 26.75. Por tanto, se puede afirmar que no existen diferencias significativas en los niveles de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad en atención primaria en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de la clínica privada. Lima -2018.

IV. Discusión

En la presente investigación se planteó como primera hipótesis existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018, obteniéndose como resultado que $p=.791$, el valor calculado es más grande que el nivel de significancia; por lo tanto, $p > 0.05$. Además, los encuestados del servicio de emergencia obtuvieron niveles medio en un 90% de cultura de seguridad del paciente mientras que hospitalización también obtuvo un nivel medio en un 100%.

De este resultado se evidencia que el personal asistencial tanto de emergencia como de hospitalización presentan niveles medio de cultura de seguridad del paciente no siendo de gran significancia la diferencia de porcentajes entre ambos y esto se puede explicar por el tiempo de permanencia del grupo asistencial de emergencia en la mayoría de los casos, mientras que el grupo de hospitalización se puede deber a la carga de trabajo por el poco personal asistencial y a la contratación personal nuevo. Luego se aplica la prueba estadística de U de Mann Whitney y se obtuvo un valor $p=.791$ por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, es decir no existe diferencia significativa entre ambos grupos de profesionales. Este resultado coincide con la investigación de Torrecillas (2018) titulada “*Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018*” cuyos resultados fueron que para las dimensiones estudiadas: antes de la inducción a la anestesia y antes de salir del quirófano, la diferencia entre la cultura de seguridad del paciente de los médicos y enfermera es nula, mientras que para la hipótesis 2, donde se compara la cultura de seguridad del paciente de enfermeras y médicos, antes de la incisión cutánea, se obtuvo que los cirujanos presentan mayor porcentaje. Se dedujo que una de las causas, pudo deberse a que las enfermeras, de esta clínica en particular, tienen mucho menos años de experiencia ejerciendo la profesión que el personal médico. Conclusiones. El estudio concluye que no existen diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en enfermeras y médicos. El cuestionario aplicado a la población, respecto a la cultura de seguridad del paciente o test U arroja el valor $p=0.24 > \alpha=0.05$, por consiguiente, no se rechaza la hipótesis nula.

En relación a la primera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $p > .05$, por lo que se puede afirmar que no existe diferencias significativas entre resultados de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización coincidiendo con la investigación de Turcios (2014) titulada "*Percepción de la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños*". Cuyas conclusiones fueron: De acuerdo a las características sociodemográficas de los encuestados, la percepción de seguridad clínica que se obtuvo se considera significativa y de válida referencia. La dimensión que más sobresalió fue el aprendizaje organizacional y la más débil fue la respuesta punitiva a errores, por lo tanto, estas dimensiones tienen que ser usadas para promover en el mejoramiento de la seguridad del paciente. Identifica claramente como fortalezas las acciones que se realizan para mejorar la seguridad del paciente; el respeto, apoyo, y la colaboración y trabajar todos como equipo. La dirección tiene que propiciar un ambiente de seguridad tanto para los pacientes como para sus trabajadores. Las oportunidades encontradas ayudaran a promover una cultura institucional educativa y no punitiva frente al reporte de eventos adversos, mejorar la comunicación entre jefes y colaboradores y mejorar la dotación de personal para brindar una atención sanitaria segura.

En relación a la segunda hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $p > .05$, podemos afirmar que no existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización coincidiendo con la investigación de Bernalteji; Orts y Maciar (2015), en España, titulada: "*Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica*". Entre sus resultados no encontraron ninguna fortaleza en el servicio quirúrgico y las áreas que necesitan mejora son «Dotación de personal» y «Apoyo de la gerencia del hospital en materia de seguridad del paciente». El 52,3% de los encuestados calificaron el grado de seguridad del paciente entre 7 y 8,99 (en una escala de 10); el 79,7% no realizaron ninguna notificación de incidente durante el último año. Sus conclusiones fueron que la percepción sobre cultura de seguridad fue positiva a

nivel de unidad/servicio. Las debilidades que se hallaron pueden ser de mucha ayuda para diseñar o crear actividades de intervención para mejorar la cultura de seguridad del paciente en el servicio, así como en otros servicios quirúrgicos del entorno.

En relación a la tercera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $p > .05$, por lo que se puede afirmar que no existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización, concordando con la investigación de López, Puentes y Ramírez (2016) titulada "*Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta.*" Los resultados mostraron fortalezas como el aprendizaje organizacional, las mejoras continuas y el apoyo de los administradores para la seguridad del paciente. Las dimensiones consideradas como oportunidades de mejora fueron la "cultura no punitiva", el personal, las transferencias y transiciones y el grado en que la comunicación es abierta. Sus conclusiones fueron que, aunque el personal percibía como bueno todo el proceso de mejora y apoyo de la dirección también pensaban y suponían que eran juzgados si notificaban algún evento adverso.

En relación a la cuarta hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $p > .05$, por lo que se puede afirmar que no existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión sucesos notificados en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización a diferencia de la investigación de Alvarado (2014), Perú, sobre "*Relación entre Clima Organizacional y Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Salud del Centro Médico Naval*"; cuyos resultados fueron que tanto clima organizacional y cultura de seguridad del paciente están relacionados significativamente, también se encontró que los médicos son los que valoran más la cultura de seguridad del paciente y el clima organizacional a diferencia de las enfermeras. Sus conclusiones indican que existen correlaciones significativas entre "Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente".

El análisis de las diferencias entre el personal de salud, hombres y mujeres, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente, refiere que hay diferencias

significativas en la dimensión “Seguridad brindada por la Dirección”, “Frecuencia de sucesos notificados”, “Seguridad desde la atención primaria” y en el Total de la Cultura de seguridad del paciente, observándose que las mujeres tienen promedios más altos que los varones.

En relación a la quinta hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $p > .05$, por lo que podemos afirmar que no existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad desde la atención primaria en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización a diferencia de la investigación de Martínez (2016), titulado: *“Cultura de Seguridad del Paciente, en Enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. 2015”* cuyos resultados fueron: dimensiones con respuestas positivas son “Respuesta no punitiva a los errores”, “Aprendizaje organizacional para la mejora continua” con y “Trabajo en equipo dentro del servicio”, “Acciones del supervisor o jefa para promover la seguridad de los pacientes”. Las dimensiones con respuestas negativas son, el “Grado de apertura de la comunicación”, “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”. En sus conclusiones encontró puntos débiles a resolver como el “Grado de apertura de la comunicación”, la “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”, el “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno”.

V. Conclusiones

Primera: De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que no existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de la clínica privada. Lima - 2018 ya que el nivel de significancia calculada es $p=0.791$. Por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis general. Lo niveles generales de la cultura de seguridad del paciente es valorada como medio para ambos servicios.

Segunda: De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que no existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización ya que el nivel de significancia calculada es $p=0.533$ Además, en esta dimensión emergencia obtuvo un nivel medio con un 66,7% igual que hospitalización que obtuvo un nivel medio con un 75%. Esto significa que en ambos servicios el personal asistencial tiene un nivel medio en cuanto a cultura de seguridad del paciente es decir hay apoyo mutuo entre colaboradores y evitan sacrificar la seguridad del paciente.

Tercera: De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que no existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización ya que el nivel de significancia calculada es $p=.630$. Además, en emergencia en esta dimensión el nivel más alto lo obtuvo la media con un 90% al igual que en hospitalización ya que el nivel más alto también lo obtuvo la media con un 100%. Esto significa que en ambos servicios el personal asistencial tiene un nivel medio en cuanto a cultura de seguridad del paciente, es decir que sienten que su jefa inmediata se siente satisfecha cuando los colaboradores intentan evitar riesgos en la seguridad del paciente.

Cuarta: De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que no existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad brindada desde la comunicación entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización ya que el nivel de significancia calculada es $p=0.584$. Además, en emergencia en esta dimensión el nivel más alto lo obtuvo la media con un 83,3% mientras que en hospitalización fue igual de media con un 80%. Esto significa que en ambos servicios el personal asistencial tiene un nivel medio en cuanto a cultura de seguridad del paciente en dicha dimensión, es decir existe una buena comunicación entre la dirección y sus colaboradores y se informan sobre eventos sucedidos.

Quinta: De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que no existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización ya que el nivel de significancia calculada es $p= 0.125$. Además, en emergencia en esta dimensión el nivel más alto lo obtuvo el alta con un 83,3% al igual que en hospitalización cuyo puntaje más alto lo obtuvo el nivel alto con un 65%. Esto significa que en ambos servicios el personal asistencial tiene un nivel alto en cuanto a cultura de seguridad del paciente en dicha dimensión, es decir hay notificaciones de los errores y estos son corregidos a tiempo antes de que afecte al paciente.

Sexta: De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que no existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad desde la atención primaria entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización ya que el nivel de significancia calculada es $p=0.341\ 275,000$. Además, en emergencia

en esta dimensión el nivel más alto lo obtuvo la media con un 93,3% al igual que en hospitalización quien obtuvo el nivel más alto el medio con un 85%. Esto significa que en ambos servicios el personal asistencial tiene un nivel medio en cuanto a cultura de seguridad del paciente en dicha dimensión, es decir los colaboradores perciben que la seguridad del paciente es prioritaria para la dirección.

VI. Recomendaciones

- Primera:** Se recomienda que la dirección de la clínica trabaje en potenciar la cultura de seguridad del paciente mediante la valoración de la situación inicial, fomento del liderazgo y establecer auditorias de seguridad o uso de sistemas de registros de incidente.
- Segunda:** Que la dirección de la clínica privada y las jefas de cada servicio mejoren y desarrollen mejor sus competencias gerenciales con el fin de disminuir esta puntuación media la cual se relaciona con las expectativas que tiene el personal asistencial en cuanto a la seguridad brindada y de esta manera mejorar la seguridad del paciente y que se convierta en fortaleza.
- Tercera:** Que se fortalezcan los lazos de comunicación entre el personal asistencial y la dirección de la clínica privada, que manejen un estilo de liderazgo que sea democrático, en el cual el trato sea de manera horizontal con sus colaboradores para que de esta manera se incentive la confianza y se tenga una adecuada comunicación.
- Cuarta:** Capacitación constante sobre la importancia de las notificaciones de los eventos sobre todo en el mismo momento de su ocurrencia ya que esto facilitará el aprendizaje de los mismos y permitirá tomar conciencia para no volverlos a cometer bajo ninguna circunstancia.
- Quinta:** Que la dirección ofrezca cursos y/o programas para el personal asistencial de esta clínica privada para que de esta manera ellos puedan desarrollar estrategias para no cometer errores.
- Sexta:** Que la dirección se preocupe por mejorar la percepción que tienen los colaboradores sobre ellos y de esta manera se pueda llegar a concretarse en un modelo de cultura positiva a fin de mejorar la cultura de seguridad del paciente.

VII. Referencias

- Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente. (2015). *Dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente*. Obtenido de Ginebra: ANCSP.
- Aguilar, A. (2018). *Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD Piura, Febrero 2018* . Piura: Universidad Nacional de Piura. Obtenido de <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1148>
- ALCER, F. (2014). La OMS declara la seguridad del paciente como problema de salud pública. *Federacion Nacional de Asociaciones ALCER*. Obtenido de <http://alcer.org/federacionalcer/la-oms-declara-la-seguridad-del-paciente-como-problema-de-salud-publica/>
- Alvarado, C. (2014). *Relación entre Clima Organizacional y Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Salud del Centro Médico Naval*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Peru: Repositorio de Tesis - UNMSM . Obtenido de URI: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3678>
- Arias, J., & Gómez, R. (2017). La Cultura de Seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. *CES Med*, 31(2), 180-191. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v31n2/0120-8705-cesm-31-02-00180.pdf>
- Barcelos, C., Lunardi, W., Lerch, G., Silva, R., Soares, M., & Osório, M. (2016). Cultura de Seguridad: la percepción de los profesionales de enfermería intensivista. *Enfermería Global*, 15(1), 208-243. doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.15.1.207821>
- Bernalte-Martí, V., Orts-Cortés, M., & Maciá-Soler, L. (2015). Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. *enfermería clínica*, 25(2), 64-72. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862114001223>
- Camacho, D., & Jaimes, N. (2018). Cultura de Seguridad del Paciente en Enfermeros de Atención Primaria. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(1). Obtenido de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245/323>

- Ccencho, N. (2017). *Cultura de Seguridad del Paciente en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Lima 2017*. Universidad Cesar Vallejo. Lima: Universidad César Vallejo. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/17837/Ccencho_SNI.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ceriani, J. (2009). La OMS y su iniciativa "Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente". *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107(5), 385-386. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000500001
- CERpIE - UPC. (3 de febrero de 2017). Curso Analisis del error Humano. *Infografía: Error humano y queso suizo*. Obtenido de <https://www.prevencionintegral.com/comunidad/blog/upcplus/2017/07/03/infografia-error-humano-queso-suizo>
- Chanovas M, Campodarve I, Tomás S. (2007). Eventos Adversos en los Servicios de Urgencias: ¿El Servicio de urgencias como Sinónimo de ¿Inseguridad Clínica para el Paciente? Recuperado de: http://www.noble-arp.com/src/img_up/28072010.1.pdf
- Clinica Angloamericana. (S.F). *Objetivos Internacionales de Seguridad del paciente*. Obtenido de <https://www.clinicaangloamericana.pe/pdfs/objetivos-internacionales-seguridad-paciente.pdf>
- Clinica Internacional. (2013). *Informe de Sostenibilidad Clinica Internacional 2013*. Obtenido de https://www.clinicainternacional.com.pe/pdf/Informe_de_Sostenibilidad_2013.pdf
- Cornejo, F., Mendoza, O., Berendson, R., & Wong, C. (2013). Experiencias de la aplicacion del Programa de Seguridad del Paciente en la Clinica Internacional Lima-Peru 2010-2011. *Revista Interciencia*, 3(1). Obtenido de https://www.clinicainternacional.com.pe/pdf/revista-interciencia/5/Articulo_Original.pdf
- Espinoza, Y. (2016). *Cultura de Seguridad del Paciente por Profesionales de Enfermería en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014*. Universidad de Huanuco. Huanuco - Peru: Repositorio institucional - UDH. Obtenido de URI: <http://repositorio.udh.edu.pe/123456789/306>

- Gómez, O., Arenas, W., González, L., Garzon, J., Mateus, E., & Soto, A. (2011). CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. *Ciencia y Enfermería*, 17(3), 97-111. Obtenido de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300009
- Gutiérrez, C., & Ríos, k. (2017). *Carga laboral de la enfermera y cultura de seguridad del paciente - servicio de emergencia de los Hospitales III - MINSA, Arequipa 2016*. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2767>
- Hernandez, R., Fernandez, C., y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. Mexico: MCGRAW - HILL / INTERAMERICANA EDITORES. Obtenido de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2010). Metodología de la investigación. México. Editorial McGraw-Hill.
- Hospital Italiano de Buenos Aires. (S.F). *Metas Internacionales para la Seguridad del Paciente*. Obtenido de https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/68/PDF_Epidemio/68_Metas_Internacionales.pdf
- Llagas, R. (2017). *Cultura de Seguridad del Paciente de las Clinicas Sanna San Borja y Sanna El Golf*. Lima: Universidad César Vallejo . Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8779/Llagas_FRY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lopez, V., Puentes, M., & Ramirez, A. (2016). *Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente en un Hospital Público de Primer Nivel en el Municipio de Villeta*. Universidad del Rosario. Colombia: Repositorio Institucional EdocUR. Obtenido de <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12137>
- Martínez, V. (2016). *Cultura de Seguridad del Paciente, en Enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. 2015*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Lima: Universidad

- Nacional Mayor de San Marcos . Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5301>
- Merino-Plaza, M., Carrera-Hueso, F., Roca-Castelló, M., Morro-Martin, M., martinez-Asensi, A., & Fikri-Benbrahim, N. (2018). Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 352 - 361. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117301024>
- Ministerio de Salud. (febrero de 2014). *Plan de Seguridad del Paciente 2014*. Obtenido de https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/SeguridadPaciente/PlanSeguridad_2014.pdf
- Ministerio de Salud. (2015). *Definicion Seguridad del Paciente*.
- Ministerio de Salud. (Marzo de 2018). *Seguridad del Paciente y Rondas de Seguridad - Definiciones Operativas*. Obtenido de ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/calidad/normas/garantia/seguridad/Presentacion_4.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema nacional de salud Periodo 2015-20120*. Obtenido de <https://www.seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf>
- MINSA. (2011). *Guía Técnica de implementación de la lista de verificación de la seguridad de la cirugía R. M. – N° 1021- 2010/MINSA*. Obtenido de http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/seg_pac/GuiaTecnicaImplementacion.pdf
- Mori, N. (2018). *Cultura de Seguridad del Paciente y Prevención de Eventos Adversos por el Profesional de Enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital de Vitarte, 2017*. Universidad César Vallejo . Peru: Repositorio Institucional - UCV . Obtenido de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/12905>
- Noble, V. (2016). Cultura de Seguridad. *Noble Compañía de Seguros*, 1-13. Obtenido de http://www.noble-arp.com/src/img_up/02062016.7.pdf

- OMS. (Marzo de 2018). *10 datos sobre seguridad del paciente*. Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
- Orkaizagirre, A. (2016). *La Cultura de Seguridad del Paciente de las Enfermeras Hospitalarias*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. Obtenido de <https://zaguan.unizar.es/record/48392/files/TESIS-2016-139.pdf>
- Peñas, O., Parra, E., & Gomez, A. (2017). Cultura de Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios Profesionales de Terapia Ocupacional. *Salud Uninorte*, 33(3), 383-392. doi: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.33.3.10922>
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. *Revista Medica Clinica Los Condes*, 28(5), 785 - 795. Obtenido de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864017301268>
- Ruiz, J. (25 de agosto de 2011). *Plan Estrategico de Seguridad del Paciente 2009-2012*. (S. d.-L. (SESCAM), Ed.) Obtenido de <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/PlanSeguridadSESCAM20092012.pdf>
- Sanchez, F., Olmedo, N., Urbon, N., & Rico, A. (2018). Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente en Unidades Extra-hospitalarias de Hemodiálisis. Evolución tras la Implantación de Medidas. *Revistas Eden*, 21(1), 2254-2884. Obtenido de <http://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094100098091424170>
- Texeira, A., De Souza, F., Rezende, E., Sero, R., & Rodriguez, Z. (2016). Nurses and Patient Safety in Hospital Practice. *Cogitare Enfermeria*, 21, 01-08. Obtenido de [file:///C:/Users/Invitado/Downloads/45550-184757-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Invitado/Downloads/45550-184757-1-PB%20(1).pdf)
- Turcios, N. (2014). *Percepcion de la Cultura de Seguridad del Paciente en los Trabajadores del Hospital Militar Escuela DR Alejandro Davila Bolaños*. Universidad Nacional autonoma de Nicaragua. Managua: CIES UNAN-Managua. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/7710/1/t815.pdf>
- Welch, S., & Comer, J. (1988). *Quantitative methods for public administration: techniques and applications*. Brooks/Cole Pub. Co., 1988. Obtenido de

https://books.google.com.pe/books/about/Quantitative_methods_for_public_administ.html?id=WyQvAAAAYAAJ&redir_esc=y

Wikipedia (2018). Estudio epidemiológico. *La enciclopedia libre*. Recuperado de: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estudio_epidemiol%C3%B3gico&oldid=108801879

Anexos

MATRIZ DE CONSISTENCIA

| PROBLEMA | OBJETIVO | HIPOTESIS | VARIABLE | METODOLOGIA |
|---|--|---|-----------------------------------|---|
| <p>Problema general ¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del Paciente, entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada, 2018?</p> | <p>Objetivo General Comparar la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.</p> | <p>Hipótesis General Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.</p> | Cultura de seguridad del paciente | <p>Enfoque de investigación Cuantitativo</p> <p>Nivel de investigación Descriptivo - Comparativo</p> <p>Tipo de investigación Básica Transversal Prospectivo Observacional</p> <p>Diseño de investigación No experimental</p> |
| <p>Problemas específicos ¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y</p> | <p>Objetivos Específicos - Comparar la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización</p> | <p>Hipótesis específicas: - Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y</p> | | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| <p>Hospitalización de una Clínica Privada, 2018?</p> <p>¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada, 2018?</p> <p>¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada, 2018?</p> | <p>de una Clínica Privada. Lima – 2018</p> <p>- Comparar la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.</p> <p>- Comparar la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.</p> | <p>Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.</p> <p>- Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.</p> <p>- Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.</p> | | |
|--|--|---|--|--|

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada, 2018?</p> | <p>- Comparar la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.</p> | <p>- Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.</p> | | |
| <p>¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en atención primaria entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada, 2018?</p> | <p>- Comparar la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en atención primaria entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.</p> | <p>- Existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente en su dimensión seguridad en atención primaria entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018.</p> | | |

INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Instrucciones

Este cuestionario solicita sus opiniones sobre temas relacionados con la seguridad del paciente y de los posibles incidentes que se reportan en su servicio. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales, le llevara unos 10 a 15 minutos responderla.

Un “**incidente**” es definido como cualquier tipo potencial de daño, equivocación, evento o accidente, que puede haber llevado a la muerte o traído consecuencias graves y serias a la salud del paciente.

La “**Seguridad del paciente**” se define como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado a la atención, basado en procesos e instrumentos y metodología basada en evidencias.

Su área/servicio de trabajo

¿Cuál es su principal área o servicio de trabajo en esta clínica? Marque UNA respuesta.

- a. Emergencia
- b. Hospitalización

DATOS GENERALES:

Edad:

- a) 20 a 39 años
- b) 40 a 59 años
- c) 60 a más años

Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Marque con un aspa (X) la respuesta que considere acertada con su punto de vista, según las siguientes alternativas

| Ítem | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Indiferente | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|--|-------------------|---------------|-------------|------------|----------------|
| 1. Hay apoyo mutuo entre el personal | | | | | |
| 2. Cuando hay mucha carga laboral hay suficiente personal para afrontarla. | | | | | |
| 3. Todos colaboramos como equipo cuando tenemos mucho trabajo para poder terminarlo. | | | | | |
| 4. Todos se tratan con respeto en este servicio. | | | | | |
| 5. Cuando la jornada laboral es agotadora a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente. | | | | | |
| 6. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal. | | | | | |
| 7. Los errores no se producen más por casualidad. | | | | | |
| 8. Suele encontrar ayuda en los compañeros cuando alguien está sobrecargado de trabajo | | | | | |
| 9. Trabajamos bajo presión para realizar más cosas demasiado deprisa. | | | | | |
| 10. Cuando realizamos más trabajo nunca sacrificamos la seguridad del paciente. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 11. Hay problemas con la seguridad del paciente en este servicio. | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

| Ítem | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Indiferente | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|---|-------------------|---------------|-------------|------------|----------------|
| 12. Cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente mi jefa expresa su satisfacción. | | | | | |
| 13. Para poder mejorar la Seguridad del Paciente mi jefa considera las sugerencias que le hace su personal. | | | | | |
| 14. Mi jefa quiere que trabajemos más rápido cuando aumenta la carga de trabajo, aunque esto ponga en riesgo la seguridad del paciente. | | | | | |
| 15. Mi jefa no toma en cuenta los problemas relacionados con la seguridad del paciente que ocurren en el servicio. | | | | | |

| Ítem | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Indiferente | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|---|-------------------|---------------|-------------|------------|----------------|
| 16. La dirección nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos notificados. | | | | | |
| 17. Cuando se comete un error en el servicio se nos informa. | | | | | |
| 18. Cuando las autoridades toman acciones o decisiones el personal se siente libre de cuestionarlas. | | | | | |
| 19. Para evitar que se vuelvan a cometer errores en este servicio se discute las formas de prevenirlas. | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| 20. Siento miedo de hacer preguntas cuando algo parece no estar bien. | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

| Ítem | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Indiferente | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|--|-------------------|---------------|-------------|------------|----------------|
| 21. Los errores que son descubiertos se notifican y se corrigen antes de que afecte al paciente. | | | | | |
| 22. Los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente también se notifican. | | | | | |
| 23. Los errores que no han traído consecuencias adversas ni han causado daño al paciente se notifican. | | | | | |

| Ítem | Muy en desacuerdo | En desacuerdo | Indiferente | De acuerdo | Muy de acuerdo |
|--|-------------------|---------------|-------------|------------|----------------|
| 24. El ambiente del servicio promueve la seguridad del paciente. | | | | | |
| 25. Cuando los pacientes son trasladados de un servicio a otro la información de estos se pierde. | | | | | |
| 26. La información importante del paciente se pierde con frecuencia en los cambios de turno. | | | | | |
| 27. La seguridad del paciente es altamente prioritaria para la Dirección de esta clínica. | | | | | |
| 28. Solo después de que ocurre un incidente la Dirección de la clínica parece interesada en la seguridad del paciente. | | | | | |

ARTICULO CIENTIFICO

Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada-Lima 2018

Monica Rocio, Mundo Cabanillas

Resumen

La investigación titulada: “Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima - 2018”, tuvo como objetivo comparar la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima 2018. La investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo – comparativo, tipo transversal y diseño no experimental. La población estará conformada por 50 trabajadores asistenciales de emergencia y hospitalización, la técnica que se usara para recolectar la información será la encuesta y como instrumento se utilizara el cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente del Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality adaptada al castellano. Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS, versión 20. Se utilizaron frecuencia, figuras y para probar la normalidad de los datos de la muestra, se aplicó la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney. Se concluye que no existen diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada Lima -2018.

Palabras clave: cultura de seguridad, seguridad del paciente

Abstract

The research entitled: "Patient Safety Culture among the Assistance Staff of the Emergency Service and Hospitalization of a Private Clinic. Lima - 2018 ", aims to compare the Safety Culture of the Patient between the Assistance Staff of the Emergency Service and Hospitalization of a Private Clinic. Lima 2018.

The research will be carried out under a quantitative approach, descriptive - comparative level, transversal type and non experimental design. The population will consist of 50 emergency care workers and hospitalization, the technique that will be used to collect the information will be the survey and as a tool the questionnaire on culture of patient safety of the Hospital Survey on Patient Safety Culture of the Agency for Healthcare will be used. Research and Quality adapted to Spanish. For data processing, the SPSS program, version 20 was used. Frequency, figures and to prove the normality of the sample data were used, the nonparametric U Mann-Whitney test was applied.

It is concluded that there are no significant differences in the culture of patient safety among the care personnel of the emergency service and hospitalization of a private clinic Lima -2018.

Keywords: safety culture, patient safety

I. Introducción

La preocupación por la seguridad del paciente el cual es considerado componente clave de la calidad asistencial no es un tema nuevo y ha tomado mucha fuerza en las últimas décadas.

El resultado del informe "Errar es humano" publicado en 2000 genero un gran impacto que puso en alerta las instituciones de salud en cuanto a la seguridad del paciente (Aguilar, 2018 p.10). Este estudio describe que, durante la atención sanitaria ocurren errores y son frecuentes, promoviendo miles de muertes y secuelas irreversibles. La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que miles de pacientes en el mundo sufren algún tipo de error relacionado con los cuidados de salud, y algunos de esos errores causan daños y muertes de pacientes, estimándose

que, de cada 10 pacientes, uno sea víctima de errores durante la asistencia (Barcelos, Lunardi, Lerch, Silva, Soares y Osório, 2016).

Ante esta situación las diversas instituciones y organizaciones nacionales e internacionales de salud consideran a la seguridad del paciente como un problema que ha adquirido un nivel mundial.

La OMS considera a la seguridad del paciente como un problema de salud pública en todo el mundo e informa que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. Que, de cada 100 pacientes hospitalizados, siete en los países desarrollados y otros 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud.

El daño que se le causa a un paciente puede ser consecuencia de distintos errores o eventos adversos, traducidos, en su mayor parte en infecciones. La mayoría de estas infecciones se pueden reducir en más de un 50% con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo para la prevención y el control de infecciones, según indica dicho Organismo (Federación Nacional ALCER, 2014, p.1).

En los servicios de emergencias tratan a pacientes en ambientes desafiantes y dinámicos que pueden contribuir a un mayor riesgo de eventos adversos, lo que justifica una mayor atención a los problemas de seguridad que acontece en ellos, sin embargo, estos eventos pueden aparecer en cualquier escenario. Algunos de los factores de riesgo para la ocurrencia de los mismos son: demanda fluctuante, limitación de tiempo, turnos prolongados de trabajo, etc (Chanovas, Campodarve, Tomás, 2007, p.2).

En la actualidad las diferentes organizaciones e instituciones de salud se han dado cuenta que prevenir los eventos adversos, actuar a tiempo, corregir los errores y sobre todo aprender de ellos es indispensable para el mejoramiento continuo de la calidad de la atención sanitaria.

Por tanto, el presente estudio tiene como propósito brindar información a la institución sobre la cultura de seguridad del paciente para que de esta manera ella pueda implementar diversas estrategias e instrumentos para poder mejorar la atención y seguridad del paciente. Pero recordemos que solo se tendrá un gran avance en cuanto a la seguridad del paciente cuando las instituciones tengan una cultura que sea receptiva a esa seguridad. Esta cultura sólo se logrará con

profesionales de la salud comprometidos que comprendan la importancia de la seguridad del paciente, para así lograr y mantener una reducción de eventos adversos. Frente a esta realidad se plantea la pregunta de investigación ¿Cuál es la diferencia de la Cultura de Seguridad del Paciente, entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada, 2018?, cuyo objetivo es comparar la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización.

II. Método

El tipo de diseño es el no experimental porque en la investigación no hay manipulación de la variable deliberadamente; es decir la variable independiente no varía para ver su efecto sobre otras variables. Lo que se hace es observar fenómenos “tal como se dan en su contexto natural para analizarlos” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 152).

El nivel de investigación es descriptivo porque se busca describir las características, las propiedades y perfiles de personas, los grupos, comunidades y objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis; es decir solo recogen información sobre los conceptos o las variables a las que refieren. (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 92).

Es comparativo porque establece las causas o los factores de riesgo que inciden en determinados problemas. Además, permite comparar uno o varios grupos que tienen el problema, con uno o varios que no lo tienen, con el fin de determinar los factores que contribuyeron al problema. (Sampieri, Collado y Lucio, 2003).

Es importante conocer que el enfoque cuantitativo representa un conjunto de procesos por lo tanto es secuencial, el orden que se sigue debe ser riguroso. Parte de los objetivos y preguntas de investigación, se elabora una perspectiva teórica en función de teorías preexistentes revisadas y en función de ellas se establecen las hipótesis, variables y dimensiones; se desarrolla bajo un plan preestablecido (diseño de la investigación) que se sigue para probar las hipótesis teniendo como base la medición numérica y el análisis estadístico y finalmente se emiten conclusiones

directamente relacionadas a los objetivos planteados inicialmente ((Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 4).

El tipo de investigación es básica: Porque es un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplica al estudio de un fenómeno. (Sampieri, 2010).

Es transversal: Porque los datos se recolectan en un solo momento y tiempo único teniendo como propósito describir las variables analizando su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, 2014, p. 154)

Prospectivo: Son aquellos en los cuales la información se va registrando en la medida que va ocurriendo el fenómeno o los hechos programados para observar. (Pineda, SF, p.81).

Observacional: Porque el investigador no interviene, solo se limita a observar y describir la realidad. (Wikipedia 2018).

La población de estudio estuvo conformada por el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de la clínica privada. La técnica usada en esta investigación fue la encuesta, que una técnica que se basa en preguntas dirigidas a una muestra grande de personas, la cual emplea como herramienta los cuestionarios para averiguar sobre las características o diversos hechos que se desea medir o conocer (Hernández, *et al.*, 2010). La encuesta se realizará al personal asistencial de los servicios de emergencia y hospitalización de la Clínica Privada. El instrumento de medición es el cuestionario 'Hospital Survey on Patient Safety Culture el cual consta de 28 preguntas formuladas en positivo y negativo y para poder dar valor a cada ítem se usó una escala tipo Likert de cinco grados: muy de acuerdo, de acuerdo, indiferente, muy en desacuerdo y en desacuerdo.

Los datos obtenidos en este estudio fueron recogidos del grupo de investigación y se procesaron de forma adecuada sin adulteraciones.

El personal asistencial que ha participado en este estudio, no fueron mencionados, se han tomado las precauciones necesarias para evitar cualquier tipo de información que pueda dañar a las personas que han colaborado con esta investigación.

Para la realización del marco teórico se tuvo en cuenta los parámetros establecidos para realizar este tipo de estudio, evitando copiar de otras investigaciones.

Los resultados que se han obtenido de este estudio no han sido adulteradas o plagiadas de otras investigaciones.

Finalmente, el interés de este estudio es absolutamente de tipo académico, por lo tanto, se guardará total reserva y confidencialidad en todo el proceso de la investigación.

III. Resultados

En la presente investigación de los datos encontrados, procesados y analizados se pudo evidenciar que del grupo de personal asistencial encuestado en el servicio de emergencia el 90% obtuvo un nivel medio y el 10% un nivel alto de cultura de seguridad y en hospitalización el 100% obtuvo un nivel medio de cultura de seguridad.

En la dimensión seguridad en el área de trabajo se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 66,7% obtuvo un nivel medio y el 33,3% un nivel alto de cultura de seguridad y de hospitalización el 75% obtuvo un nivel medio y el 25% un nivel alto de cultura de seguridad.

En la dimensión seguridad brindada por la dirección se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 6,7% obtuvo un nivel alto, el 90% un nivel medio y el 3,3% un nivel bajo de cultura de seguridad y de hospitalización el 100% obtuvo un nivel medio de cultura de seguridad.

En la dimensión seguridad desde la comunicación se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 6,7% obtuvo un nivel bajo, el 83,3% un nivel medio y el 10% un nivel alto de cultura de seguridad y de hospitalización el 5% obtuvo un nivel bajo, el 80% un nivel medio y el 15% obtuvo un nivel medio de cultura de seguridad.

En la dimensión sucesos notificados se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 83,3% obtuvo un nivel alto y el 16,7% un nivel

medio de cultura de seguridad y de hospitalización el 65% obtuvo un nivel alto, el 30% un nivel medio y el 5% obtuvo un nivel bajo de cultura de seguridad.

En la dimensión seguridad desde la atención primaria se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 93,3% obtuvo un nivel medio y el 6,7% un nivel alto de cultura de seguridad y de hospitalización el 85% obtuvo un nivel medio y el 25% un nivel alto de cultura de seguridad.

IV. Discusión

En la presente investigación se planteó como primera hipótesis existe diferencia significativa en la Cultura de Seguridad del Paciente entre el Personal Asistencial del Servicio de Emergencia y Hospitalización de una Clínica Privada. Lima – 2018, obteniéndose como resultado que $p=.791$, el valor calculado es más grande que el nivel de significancia; por lo tanto, $p > 0.05$. Además, los encuestados del servicio de emergencia obtuvieron niveles medio en un 90% de cultura de seguridad del paciente mientras que hospitalización también obtuvo un nivel medio en un 100%.

De este resultado se evidencia que el personal asistencial tanto de emergencia como de hospitalización presentan niveles medio de cultura de seguridad del paciente no siendo de gran significancia la diferencia de porcentajes entre ambos y esto se puede explicar por el tiempo de permanencia del grupo asistencial de emergencia en la mayoría de los casos, mientras que el grupo de hospitalización se puede deber a la carga de trabajo por el poco personal asistencial y a la contratación personal nuevo. Luego se aplica la prueba estadística de U de Mann Whitney y se obtuvo un valor $p=.791$ por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, es decir no existe diferencia significativa entre ambos grupos de profesionales. Este resultado coincide con la investigación de Torrecillas (2018) titulada “*Cultura de seguridad del paciente del área quirúrgica entre médicos y enfermeras que laboran en la clínica San Pablo – Surco 2018*” cuyos resultados fueron que para las dimensiones estudiadas: antes de la inducción a la anestesia y antes de salir del quirófano, la diferencia entre la cultura de seguridad del paciente de los médicos y enfermera es nula, mientras que para la hipótesis 2, donde se compara la cultura de seguridad del paciente de enfermeras y médicos, antes de la incisión cutánea, se obtuvo que los cirujanos presentan mayor porcentaje. Se dedujo

que una de las causas, pudo deberse a que las enfermeras, de esta clínica en particular, tienen mucho menos años de experiencia ejerciendo la profesión que el personal médico. Conclusiones. El estudio concluye que no existen diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en enfermeras y médicos. El cuestionario aplicado a la población, respecto a la cultura de seguridad del paciente o test U arroja el valor $p=0.24 > \alpha=0.05$, por consiguiente, no se rechaza la hipótesis nula.

En relación a la primera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $p > .05$, por lo que se puede afirmar que no existe diferencias significativas entre resultados de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización coincidiendo con la investigación de Turcios (2014) titulada "*Percepción de la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños*". Cuyas conclusiones fueron: De acuerdo a las características sociodemográficas de los encuestados, la percepción de seguridad clínica que se obtuvo se considera significativa y de válida referencia. La dimensión que más sobresalió fue el aprendizaje organizacional y la más débil fue la respuesta punitiva a errores, por lo tanto, estas dimensiones tienen que ser usadas para promover en el mejoramiento de la seguridad del paciente. Identifica claramente como fortalezas las acciones que se realizan para mejorar la seguridad del paciente; el respeto, apoyo, y la colaboración y trabajar todos como equipo. La dirección tiene que propiciar un ambiente de seguridad tanto para los pacientes como para sus trabajadores. Las oportunidades encontradas ayudaran a promover una cultura institucional educativa y no punitiva frente al reporte de eventos adversos, mejorar la comunicación entre jefes y colaboradores y mejorar la dotación de personal para brindar una atención sanitaria segura.

En relación a la segunda hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $p > .05$, podemos afirmar que no existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización coincidiendo con la investigación de Bernaltei; Orts y Maciar (2015), en España, titulada: "*Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica*". Entre sus

resultados no encontraron ninguna fortaleza en el servicio quirúrgico y las áreas que necesitan mejora son «Dotación de personal» y «Apoyo de la gerencia del hospital en materia de seguridad del paciente». El 52,3% de los encuestados calificaron el grado de seguridad del paciente entre 7 y 8,99 (en una escala de 10); el 79,7% no realizaron ninguna notificación de incidente durante el último año. Sus conclusiones fueron que la percepción sobre cultura de seguridad fue positiva a nivel de unidad/servicio. Las debilidades que se hallaron pueden ser de mucha ayuda para diseñar o crear actividades de intervención para mejorar la cultura de seguridad del paciente en el servicio, así como en otros servicios quirúrgicos del entorno.

En relación a la tercera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $p > .05$, por lo que se puede afirmar que no existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización, concordando con la investigación de López, Puentes y Ramírez (2016) titulada "*Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta.*" Los resultados mostraron fortalezas como el aprendizaje organizacional, las mejoras continuas y el apoyo de los administradores para la seguridad del paciente. Las dimensiones consideradas como oportunidades de mejora fueron la "cultura no punitiva", el personal, las transferencias y transiciones y el grado en que la comunicación es abierta. Sus conclusiones fueron que, aunque el personal percibía como bueno todo el proceso de mejora y apoyo de la dirección también pensaban y suponían que eran juzgados si notificaban algún evento adverso.

En relación a la cuarta hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $p > .05$, por lo que se puede afirmar que no existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión sucesos notificados en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización a diferencia de la investigación de Alvarado (2014), Perú, sobre "*Relación entre Clima Organizacional y Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Salud del Centro Médico Naval*"; cuyos resultados fueron que tanto clima organizacional y cultura de seguridad del paciente están relacionados significativamente, también se encontró que los médicos son los que valoran más la cultura de seguridad del paciente y el clima organizacional a diferencia de las

enfermeras. Sus conclusiones indican que existen correlaciones significativas entre “Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente”. El análisis de las diferencias entre el personal de salud, hombres y mujeres, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente, refiere que hay diferencias significativas en la dimensión “Seguridad brindada por la Dirección”, “Frecuencia de sucesos notificados”, “Seguridad desde la atención primaria” y en el Total de la Cultura de seguridad del paciente, observándose que las mujeres tienen promedios más altos que los varones.

En relación a la quinta hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor $p > .05$, por lo que podemos afirmar que no existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad desde la atención primaria en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización a diferencia de la investigación de Martínez (2016), titulado: “*Cultura de Seguridad del Paciente, en Enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima. 2015*” cuyos resultados fueron: dimensiones con respuestas positivas son “Respuesta no punitiva a los errores”, “Aprendizaje organizacional para la mejora continua” con y “Trabajo en equipo dentro del servicio”, “Acciones del supervisor o jefa para promover la seguridad de los pacientes”. Las dimensiones con respuestas negativas son, el “Grado de apertura de la comunicación”, “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”. En sus conclusiones encontró puntos débiles a resolver como el “Grado de apertura de la comunicación”, la “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”, el “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno”.

V. Conclusiones

Primera: De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que no existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de la clínica privada. Lima - 2018 ya que el nivel de significancia calculada es

$p=0.791$. Por lo que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis general. Lo niveles generales de la cultura de seguridad del paciente es valorada como medio para ambos servicios.

Segunda: De acuerdo a los resultados obtenidos, se concluye que no existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización ya que el nivel de significancia calculada es $p=0.533$. Además, en esta dimensión emergencia obtuvo un nivel medio con un 66,7% igual que hospitalización que obtuvo un nivel medio con un 75%. Esto significa que en ambos servicios el personal asistencial tiene un nivel medio en cuanto a cultura de seguridad del paciente es decir hay apoyo mutuo entre colaboradores y evitan sacrificar la seguridad del paciente.

Tercera: De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que no existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización ya que el nivel de significancia calculada es $p=.630$. Además, en emergencia en esta dimensión el nivel más alto lo obtuvo la media con un 90% al igual que en hospitalización ya que el nivel más alto también lo obtuvo la media con un 100%. Esto significa que en ambos servicios el personal asistencial tiene un nivel medio en cuanto a cultura de seguridad del paciente, es decir que sienten que su jefa inmediata se siente satisfecha cuando los colaboradores intentan evitar riesgos en la seguridad del paciente.

Cuarta: De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que no existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad brindada desde la comunicación entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización ya que el nivel de significancia calculada es $p=0.584$. Además, en emergencia en esta dimensión el nivel más alto lo obtuvo la media con un 83,3% mientras

que en hospitalización fue igual de media con un 80%. Esto significa que en ambos servicios el personal asistencial tiene un nivel medio en cuanto a cultura de seguridad del paciente en dicha dimensión, es decir existe una buena comunicación entre la dirección y sus colaboradores y se informan sobre eventos sucedidos.

Quinta: De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que no existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización ya que el nivel de significancia calculada es $p= 0.125$. Además, en emergencia en esta dimensión el nivel más alto lo obtuvo el alta con un 83,3% al igual que en hospitalización cuyo puntaje más alto lo obtuvo el nivel alto con un 65%. Esto significa que en ambos servicios el personal asistencial tiene un nivel alto en cuanto a cultura de seguridad del paciente en dicha dimensión, es decir hay notificaciones de los errores y estos son corregidos a tiempo antes de que afecte al paciente.

Sexta: De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que no existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad desde la atención primaria entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización ya que el nivel de significancia calculada es $p=0.341\ 275,000$. Además, en emergencia en esta dimensión el nivel más alto lo obtuvo la media con un 93,3% al igual que en hospitalización quien obtuvo el nivel más alto el medio con un 85%. Esto significa que en ambos servicios el personal asistencial tiene un nivel medio en cuanto a cultura de seguridad del paciente en dicha dimensión, es decir los colaboradores perciben que la seguridad del paciente es prioritaria para la dirección.

VI. Referencias bibliográficas

AHQR Agency for Healthcare Research and Quality (2016). Improving Patient Safety in Hospitals: A Resource List for Users of the AHQR. Recuperado de: <http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/qualitypatientsafety/patientsafetyculture/hospital/resourcelist/hospitalresourcelist.pdf>

Aguilar, A. (2018). Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD Piura, febrero 2018. Piura: Universidad Nacional de Piura. Obtenido de <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1148>

Barcelos, C., Lunardi, W., Lerch, G., Silva, R., Soares, M., & Osório, M. (2016). Cultura de Seguridad: la percepción de los profesionales de enfermería intensivista. *Enfermería Global*, 15(1), 208-243. doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.15.1.207821>

Chanovas M, Campodarve I, Tomás S. (2007). Eventos Adversos en los Servicios de Urgencias: ¿El Servicio de urgencias como Sinónimo de ¿Inseguridad Clínica para el Paciente? Recuperado de: http://www.noble-arp.com/src/img_up/28072010.1.pdf

Federación Nacional ALCER (2014). La OMS Declara la Seguridad del Paciente Como Problema de Salud Pública. Recuperado de: <http://alcer.org/federacionalcer/la-oms-declara-la-seguridad-del-paciente-como-problema-de-salud-publica/>

Hernández S., R., Fernández C., C. y Baptista L., P. (2010). Metodología de la investigación. México. Editorial McGraw-Hill.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. 6ª edición. México: McGraw-Hill.

Wikipedia (2018). Estudio epidemiológico. *La enciclopedia libre*. Recuperado de: https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Estudio_epidemiol%C3%B3gico&oldid=108801879



Lima, 06 de diciembre de 2018

Licenciada

Mónica Roció Mundo Cabanillas

Investigador

Presente.-

Me es grato dirigirme a usted, brindarle mis cordiales saludos y a la vez informarle que ha sido aprobado el proyecto de investigación titulado **“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN DE UNA CLÍNICA PRIVADA – LIMA 2018”** el cual se realizará en nuestra institución.

Sin otro particular quedo ante Usted.

Atentamente,

Dr. Elías Chalouhi El Khouri

Jefe de la Unidad De Investigación y Docencia
Dirección Académica
Clínica Internacional

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 | El personal se apoya mutuamente. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | En este servicio nos tratamos todos con respeto. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5 | A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotada. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6 | En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7 | No se producen más errores por casualidad. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8 | Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo suele encontrar ayuda en los compañeros. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9 | Trabajamos bajo presión para realizar más cosas demasiado deprisa. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10 | La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 11 | En este servicio hay problemas con la seguridad del paciente. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| DIMENSIÓN 2 | | | | | | | | |
| 12 | Mi jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 13 | Mi jefe considera las sugerencias que le hace el personal para mejorar la Seguridad del Paciente. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 14 | Cuando la carga de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque esto ponga en riesgo la seguridad del paciente. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 15 | Mi jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| DIMENSIÓN 3 | | | | | | | | |
| 16 | La dirección nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos notificados. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 17 | Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 18 | El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 19 | En este servicio se discute las formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer. | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

| | | | | | | | | | |
|----|---|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 19 | En este servicio se discute las formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 20 | Siento miedo de hacer preguntas cuando algo parece no estar bien. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | DIMENSIÓN 4 | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 21 | Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 22 | Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 23 | Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| | DIMENSIÓN 5 | SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| 24 | El ambiente del servicio promueve la seguridad del paciente. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 25 | La información de los pacientes se pierde, cuando estos se trasfieren de un servicio a otro. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 26 | En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre cuidados que ha recibido el paciente. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |
| 27 | Las acciones de la Dirección de esta clínica muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. | ✓ | | ✓ | | ✓ | | ✓ | |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador (Dr Mg: ...): Dr. ROSAURA VELAZCO, JORGE GONZALEZ DNI: 20072307

Especialidad del validador: PSICIA EN SALUD PUBLICA

24 de 11 del 2018

 Firma del Experto Informante.

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

| | | | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20 | Siento miedo de hacer preguntas cuando algo parece no estar bien. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| DIMENSIÓN 4 | | | | | | | | | |
| 21 | Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 22 | Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 23 | Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| DIMENSIÓN 5 | | | | | | | | | |
| 24 | El ambiente del servicio promueve la seguridad del paciente. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 25 | La información de los pacientes se pierde, cuando estos se trasfieren de un servicio a otro. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 26 | En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre cuidados que ha recibido el paciente. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 27 | Las acciones de la Dirección de esta clínica muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| 28 | La dirección de la clínica parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un incidente. | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [✓] No aplicable []
 Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Walter Henchole Sotomayor DNI: 10491127
 Especialidad del validador: Médico

15 de Jun de 2018


 Firma del Experto Informante.

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



ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE LOS TRABAJOS ACADÉMICOS DE LA UCV

Yo, Jorge Gonzalo Laguna Velazco, docente de la Escuela de Posgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado "Cultura de seguridad el paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada, Lima-2018" de la estudiante: Mónica Rocío Mundo Cabanillas; 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 constato 24% 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, 15 de diciembre del 2018




Jorge Gonzalo Laguna Velazco

DNI: 20072507

Estudio de retroalimentación - Google Chrome

https://ev.turnitin.com/app/carta/en_us?ru=1051413496&lang=en_us&cs=1&cm=1063417662

feedback studio | Cultura-seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica prv

24 / 0 | 14 of 16


Resumen del partido

24%

Actualmente viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

| Partidos | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|
| 1 dev.gacetaamitariala.els... | 2% |
| 2 repositorio.une.edu.pe | 2% |
| 3 sharp.hsag.com | 2% |
| 4 repository.urosario.edu... | 1% |
| 5 www.scielo.cl | 1% |
| 6 Presentado a la Univer... | 1% |



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CESAR VALLES


Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada, Lima-2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:
Br. Monica Rocio Mundo Cabamilas

ASESOR:
Dr. Jorge Gonzalo Laguna Velazco

SECCIÓN:
Ciencias médicas



Página: 1 de 88 | Recuento de palabras: 20299 | Alta resolución



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)

Mundo Cabanillas Monica Pocio
D.N.I. : 40764413
Domicilio : Calle Emilio Tornico Mz 19 Lt 5 Arco Nuevo-Corcos
Teléfono : Fijo : 313.7678 Móvil : 998674666
E-mail : monica.mc02@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Grado : Maestría

Mención : Gestión de los Servicios de la Salud

Doctorado

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Mundo Cabanillas Monica Pocio
.....
.....

Título de la tesis:

Cultura de Seguridad del paciente en el personal asistencial del
Servicio de Emergencia y hospitalización de una clínica privada - Lima 2018

Año de publicación : 2019

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 : 12-04-2019



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Br. Monica Rocio Mundo Cabanillas

INFORME TITULADO:

Cultura de Seguridad del Paciente en el personal
asistencial del Servicio de emergencia y hospitalización de
una clínica privada - Lima 2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud

SUSTENTADO EN FECHA: 28 de Enero de 2019

NOTA O MENCIÓN: Aprobado por mayoría



ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN