



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones
en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de
Mayo, 2017**

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

AUTOR:

Br. Flor de María Vergara Guevara

ASESOR:

Dr. Hugo Prado López

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

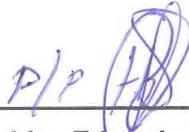
Calidad de las Prestaciones Asistenciales

PERÚ – 2017

Página de Jurado

P/P 

Dr. Ronnie Torres Guerra
Presidente

P/P 

Dr. Leónidas Eduardo Pando Sussoni
Secretario

P/P 

Dr. Hugo Prado López
Vocal

Dedicatoria

Dedico en primer lugar a Dios y al Señor de los Milagros por darme la sabiduría para llegar a cumplir un objetivo más en mi vida y por estar siempre guiando y bendiciéndome día a día. A mi madre por estar siempre a mi lado e inculcándome valores y brindándome gracias por estar siempre a mi lado, por su apoyo y sus consejos, a mi familia gracias por estar siempre motivándome y haciéndome un ejemplo para ustedes.

Agradecimiento

A Dios y al Señor de los Milagros por ser mi guía y por protegerme en todo momento y a todos aquellos que me brindaron su apoyo, gracias confiar en mí.

Declaración de Autoría

Yo, Flor de María Vergara Guevara, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, sede Lima Este; declaro el trabajo académico titulado "Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones del Hospital Dos de Mayo, 2017" presentada, en 121 folios para la obtención del grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 24 de junio del 2017



Flor de María Vergara Guevara

DNI: 42355611

Presentación

Estimados señores del Jurado evaluador:

Según el Reglamento de Elaboración y Sustentación de tesis del área de Posgrado de la Universidad César Vallejo, para elaborar la tesis de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, presentando el trabajo titulado: Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017.

Esta tesis nos muestra lo encontrado durante lo investigado, cuyo objetivo fue: Determinar la relación entre la Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017 , con una muestra de 102 profesionales de la salud, validando el instrumento (cuestionario) por un juicio de expertos.

La investigación tiene ocho capítulos: El primer capítulo, introducción mostrándonos cuál es el problema de la investigación, presentando las justificaciones respectivas de la tesis, los antecedentes de índole internacional y nacional, los objetivos e hipótesis, todo lo que ampara sobre el marco teórico, en el capítulo dos se observa lo relacionado con el campo metodológico, en el tercer capítulo los resultados encontramos la parte estadística tanto en el sentido descriptivo e inferencial con la presencia de cuadros, tablas y figuras, el análisis descriptivo de las variables, la prueba de hipótesis y los amparos éticos, en el cuarto capítulo ubicamos la discusión, continuando con el quinto capítulo, las conclusiones, en el sexto capítulo están las recomendaciones, el séptimo capítulo presentan la referencias bibliográficas finalizando con el octavo capítulo anexos.

Señores integrantes del jurado se espera que la presente investigación alcance su venia y aprobación.

Contenido

	Página
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de Autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCION	13
1.1 Antecedentes	16
1.2 Fundamentación científica, técnica o humanista	20
1.3 Justificación	35
1.4 Problema	36
1.5 Hipótesis	37
1.6 Objetivos	38
II. MARCO METODOLOGICO	39
2.1 Variables	40
2.2 Operacionalización de variables	41
2.3 Metodología	43
2.4 Tipos de estudio	43
2.5 Diseño	43
2.6 Población, muestra y muestreo	44
2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	46
2.8 Métodos de análisis de datos	50
2.9 Aspectos éticos	51
III. RESULTADOS	52
IV. DISCUSION	74
V. CONCLUSIONES	78
VI. RECOMENDACIONES	81
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	83
VIII. ANEXOS	86

Lista de tablas

Tabla 1	Operacionalización de variable: Cultura de seguridad del paciente	41
Tabla 2	Operacionalización de variable: toma de decisiones	42
Tabla 3	Resultado de validez de instrumentos	48
Tabla 4	Tabla de interpretación de valores de Alfa de Cronbach	49
Tabla 5	Confiabilidad de Instrumento: cultura de seguridad del paciente	49
Tabla 6	Confiabilidad de Instrumento: toma de decisiones	50
Tabla 7	Interpretación del coeficiente de correlación de Spearman	51
Tabla 8	Distribución de variable cultura de seguridad del paciente	53
Tabla 9	Distribución de dimensión seguridad en el área del trabajo	54
Tabla 10	Distribución de la dimensión seguridad brindada por la dirección	55
Tabla 11	Distribución de la dimensión seguridad desde la comunicación	56
Tabla 12	Distribución de la dimensión frecuencia de sucesos notificados	57
Tabla 13	Distribución de la dimensión seguridad en la atención primaria	58
Tabla 14	Distribución de la variable toma de decisiones	59
Tabla 15	Distribución de la dimensión forma de toma de decisiones	60
Tabla 16	Distribución de la dimensión proceso de toma de decisiones	61
Tabla 17	Distribución entre la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones	62
Tabla 18	Distribución entre la seguridad en el área del trabajo y toma de decisiones	63
Tabla 19	Distribución entre la seguridad brindada por la dirección y toma de decisiones	64
Tabla 20	Distribución entre la seguridad desde la comunicación y toma de decisiones	65
Tabla 21	Distribución entre frecuencia de sucesos notificados y toma de decisiones	66
Tabla 22	Distribución entre la seguridad en la atención primaria y toma de decisiones	67
Tabla 23	Significancia y correlación entre la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones	68
Tabla 24	Significancia y correlación entre la seguridad en el área del trabajo y toma de decisiones	69
Tabla 25	Significancia y correlación entre la seguridad brindada por la dirección y toma de decisiones	70
Tabla 26	Significancia y correlación entre la seguridad desde la comunicación y toma de decisiones	71
Tabla 27	Significancia y correlación entre frecuencia de sucesos notificados y toma de decisiones	72
Tabla 28	Significancia y correlación entre la seguridad en la atención primaria y toma de decisiones	73

Lista de figuras

Figura 1	Distribución de variable cultura de seguridad del paciente	53
Figura 2	Distribución de dimensión seguridad en el área del trabajo	54
Figura 3	Distribución de la dimensión seguridad brindada por la dirección	55
Figura 4	Distribución de la dimensión seguridad desde la comunicación	56
Figura 5	Distribución de la dimensión frecuencia de sucesos notificados	57
Figura 6	Distribución de la dimensión seguridad en la atención primaria	58
Figura 7	Distribución de la variable toma de decisiones	59
Figura 8	Distribución de la dimensión forma de toma de decisiones	60
Figura 9	Distribución de la dimensión proceso de toma de decisiones	61
Figura 10	Distribución entre la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones	62
Figura 11	Distribución entre la seguridad en el área del trabajo y toma de decisiones	63
Figura 12	Distribución entre la seguridad brindada por la dirección y toma de decisiones	64
Figura 13	Distribución entre la seguridad desde la comunicación y toma de decisiones	65
Figura 14	Distribución entre frecuencia de sucesos notificados y toma de decisiones	66
Figura 15	Distribución entre la seguridad en la atención primaria y toma de decisiones	77

RESUMEN

La presente investigación titulada la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017, pretende contribuir a afianzar la cultura de seguridad del paciente que posee el personal de salud, con el fin de brindar una atención de calidad. Cuyo objetivo determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017.

Dentro del marco metodológico, el método empleado fue hipotético deductivo, es un estudio tipo descriptivo. El diseño es no experimental y de corte transversal. Con una población de 140 y muestra de 102 personal de salud, siendo evaluando ambas variables a través de 2 cuestionarios respectivamente. El primer cuestionario empleado fue para la evaluar la toma de decisiones y el segundo instrumento por la Agencia para la investigación y calidad en salud (AHRQ siglas en ingles).

En cuanto a la primera variable se observó que el 27.45% de los entrevistados consideran que existe una excelente cultura de seguridad del paciente, el 48.04% bueno, el 18.63% aceptable y el 5.88% considera que es pobre. En cuanto a la segunda variable se observó que el 54.90% de los entrevistados consideran que existe un alto nivel con respecto a la toma de decisiones y 45.10% que existe un bajo nivel. Se aplicó la correlación Rho Spearman de ambas variables donde se determinó que existe una relación estadísticamente significativa entre la Cultura de Seguridad del Paciente y toma de decisiones en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo 2017, presentando una correlación moderada $r=0.612$. Se concluye que la cultura de seguridad del paciente tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo 2017, logrando alcanzar el objetivo general.

Palabras claves: toma de decisiones, cultura, seguridad de pacientes, notificación eventos adversos

ABSTRACT

This research entitled the safety culture of the patient and decision making in the Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017, surgery services aims to contribute to strengthening the culture of patient safety with health personnel, in order to provide quality care. Objective to determine the relationship that exists between the safety culture of the patient and decision making in the Hospital Nacional Dos de Mayo surgery services, 2017.

Within the methodological framework, the method used was hypothetical deductive, is a descriptive study. The design is not experimental and cross-sectional. With a population of 140 and sample of 102 health workers, still evaluating both variables through 2 questionnaires respectively. The first employee questionnaire was to evaluate the decision-making and the second instrument by the Agency for research and quality in health (AHRQ acronym in English).

In as far as the first variable is observed than the 27.45% of the interviewees considered that there is a great culture of patient safety, the 48.04% good, the 18.63% acceptable and the 5.88% considered to be poor. In as far as the second variable observed that the 54.90% of respondents consider that there is a high level with regard to decision-making and 45.10% that there is a low level. Applied the Rho Spearman correlation of two variables where it was determined that there is a statistically significant relationship between the culture of patient safety and decision-making in surgery of the Hospital services may 2017 two, showing a correlation moderate $r = 0.612$. It is concluded that patient safety culture has a positive and significant relationship with decision making in the National Hospital Dos de Mayo 2017 surgery services, achieving the overall goal. Conclusions: it was determined that there is a significant relationship between the decision-making and the culture of patient safety in surgery from the National Hospital Dos de Mayo 2017 services, attaining the general goal.

Keywords: decision making, culture, patient safety, reporting adverse events

I. INTRODUCCION

Introducción

Actualmente, nuestra sociedad orienta a los gerentes y profesionales de la salud, no solo a ser aptos en el desempeño de sus puestos, también para que pueden administrar de manera óptima los recursos de la organización. Los mismos constituyen una parte fundamental en la organización ya que son los encargados de tomar las decisiones más importantes que determinaran el desempeño de la misma y sobre ella para brindar una atención de calidad al usuario de la salud. Por esta razón, sus decisiones deben tomarse de forma correcta y para lograrlo es necesario que consideren la importancia que se tiene para influir de manera positiva sobre la conducta y cultura del personal de la institución a fin de tener una buena calidad de atención.

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital.

De acuerdo a la OMS de cada 100 paciente hospitalizados, 7 en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud, cientos millones de paciente se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo.

El departamento de salud de Reino Unido (2010), estimo que se producen eventos adversos en cerca del 10% de las hospitalizaciones o alrededor de 850 000 eventos adversos en todo el año.

El grupo de trabajo sobre la calidad de la atención hospitalaria en Europa en el año 2010, estimo que de cada diez pacientes de hospitalizados sufre daño que se pueden evitar y efectos adversos ocasionados por los cuidados recibidos.

La preocupación por la seguridad del paciente surge a partir de la documentación de la incidencia de eventos adversos que impactan negativamente en la calidad de la atención en salud, como se indicó en la 55ª Asamblea Mundial de salud (2002), donde se mostró el alto costo de eventos en términos materiales y de oportunidad para los servicios de salud, y más importante aún, como determinante de vigilancia y mantenimientos del bienestar del paciente.

Varios estudios han investigado la magnitud de los eventos adversos, y específicamente el estudio de Harvard Medical Practice Study (2008, π. 3) concluye que el 4% de los pacientes sufren algún tipo de daño en el hospital, el

70% de los eventos adversos provocan una incapacidad temporal, pero el 14% de los incidentes son mortales.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) (2015, π. 1) , es los países en via de desarrollo, el 77% de los eventos adversos corresponde a casos de medicamentos adulterados y de baja calidad, el mal estado de la infraestructura y de los equipos médicos, el escaso control de la infecciones y la falta de cultura hacia la seguridad del paciente.

El Quality in Australian Health Care study publicado en 1995 hallo una tasa de eventos adversos del 16.6% entre los pacientes de los diferentes hospitales en estudio.

Un estudio realizado en el año 2000 sobre causas de defunción, proporcionadas por el DANE en Colombia correspondiente al año 1998, evidencio que el 24.1% de las defunciones era ocasionado por enfermedades no letales. Diversos estudios han demostrado que las hospitalizaciones adicionales, las demandas judiciales, las infecciones intrahospitalaria, la pérdida de ingresos, las discapacidades y los gastos médicos representan en algunos países un costo anual de \$600000 millones y de 29 millones.

Ante estos hechos que generan dudas en la población se realizó un estudio por parte del Ministerio de Salud (MINSA), donde establecieron estándares para poder tener juicio de valor sobre los puntajes alcanzados fueron de 90%, así mismo se consideró una escala de graduación del nivel de desarrollo en la gestión hospitalaria. Como resultado de este estudio se concluyó que existen problemas que requieren intervenciones puntuales en gestión de los hospitales para revertir esta situación que está generando mala calidad de atención y uso indebido de los recursos e inseguridad de los pacientes.

Según el Diagnostico situacional de calidad y seguridad del paciente de Essalud (2015), refiere que el grado de avance en seguridad es denominado incipiente con un porcentaje < del 35%.

Según estudios de IBEAS (2013, π. 8), realizo un reporte de 5 hospitales: Cayetano Heredia, Santa Rosa, Grau , Rebagliati y Dos de mayo, encontrando un 39,6% en eventos adversos relacionados con infección nosocomial, un (28%) en eventos adversos relacionado con un procedimiento, el (8%) relacionados con la medicación y un (6,9%) relacionado con los cuidados.

Según las estadísticas del Hospital Nacional Dos de Mayo (2013), reportan también que la seguridad del paciente tienen que ver directamente con los eventos adversos, los cuales están relacionado con la prescripción médica (18%), relacionado a la falta de comunicación (15%). También refiere que solo el 15% del personal notifican eventos adversos, a diferencia que el 50% de los eventos son notificados por los pacientes en el libro de reclamaciones de Su Salud.

La toma de decisiones se considera parte importante de la planeación estratégica de las empresas, dada la percepción de las oportunidades y las metas, el proceso de toma de decisiones es en realidad el centro de la planeación. Se debe tener una clara comprensión de los recursos de acción mediante los cuales se llegara a la meta establecida, bajo circunstancias y limitaciones que existen, así como también reunir la información y la habilidad para analizar y evaluar alternativas que serán favorables para alcanzar la meta a realizar. La toma de decisiones adecuadas, junto con las estructuras, las características organizacionales y los individuos que la componente, forman un sistema interdependiente altamente dinámico. Los problemas de seguridad del paciente y la toma de decisiones deficientes, hacen que los objetivos planeados en la organización de salud no sean alcanzados o repercutan en una mala calidad de atención. Dichos problemas se presentan en el los servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, los trabajadores regularmente se quejan de la carencia crónica de medios de protección, malas relaciones interpersonales, problemas de actitud y valores en sus miembros, dichos problema afectan la calidad de atención que los servicios puedan ofrecer. Frente a esta realidad se plantea la pregunta de investigación ¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo 2017?, con la finalidad de buscar alternativas viables que nos sirvan para mejorar la calidad de atención a los pacientes.

1.1. Antecedentes de la investigación

Para poder iniciar esta investigación se toma como referencia los siguientes antecedentes ya que se encontró evidencia de que existen estudios relacionados con este proyecto y que cada uno de ellos proporciona aspectos relevantes para esta investigación, entre los antecedentes nacionales tenemos:

La presente investigación se respalda en la tesis realizada por Almaraz (2013), México, el cual es titulado “Análisis de los factores que intervienen en la toma de decisiones de los administradores dentro de las organizaciones”, tesis para optar el grado de maestría, cuyo objetivo fue proporcionar un esquema operativo a las organizaciones estudiadas que les permita mejorar y eficientizar el procesos de toma de decisiones por parte de los administradores. El tipo de investigación es cuantitativa-descriptiva, correlacional, no experimental. Sus conclusiones fueron: Por el tiempo que tienen laborando los administradores dentro de las organizaciones y el tiempo que tienen ejerciendo el puesto se puede decir que existe una estabilidad laboral, es decir, existe baja rotación de personal en el nivel de toma de decisiones. El liderazgo que se ejerce, o al menos el que se manifestó en los cuestionarios, es el democrático-participativo. Los hombres y mujeres realizan la toma de decisiones bajo los mismos aspectos y factores. Se encontró baja correlación entre el liderazgo y el comportamiento tanto en las empresas de manufactura como de servicio.

La presente investigación se respalda en los antecedentes internacionales de Giraldo y Montoya (2013), Colombia. Con el título “Cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia basado en la percepción del personal asistencial y administrativo”. Tesis para optar el grado de magister. El objetivo fue evaluar la cultura de seguridad del personal asistencial y administrativo. Es un estudio observacional de corte transversal, en donde se toma toda la población de trabajadores, se aplicó la encuesta (AHRQ) pues su precisión ha sido suficientemente probada desde el año 2004 hasta hoy en todo el mundo. Sus resultados son que la percepción que tienen los empleados del Hospital, en cuanto a doce dimensiones que conforman la cultura de seguridad del paciente. También el aprendizaje organizacional (72%), retroalimentación y comunicación en torno al

error (64%), recurso humano suficiente para garantizar la seguridad del paciente(22%), la percepción general de seguridad del paciente (14%), acciones administrativas para promover la seguridad del paciente (12%).

Así mismo Roqueta (2012), Barcelona. Desarrollo la investigación “Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. Tesis para obtener el grado de especialista. El objetivo de esta investigación fue conocer el nivel de cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencia hospitalarias (SUH). Es un estudio descriptivo en los que se recogen los resultados de la valoración del nivel de cultura de seguridad utilizando como instrumento la encuesta (HSOPS) de la Agencia de Investigación y salud (AHRQ) adaptada al castellano. Los resultados indican que la nota meda sobre nivel de seguridad de 6.1 puntos. Las dimensiones mejor valoradas fueron. Trabajo en equipo, expectativas/acciones de los responsables de la unidad (68 %), respuestas positivas (56%(. Las dimensiones peor valoradas fueron dotación de recursos humanos (57%) y respuestas negativas (47%).

Tambien Skodova, Velasco y Fernández (2012), España. Elaboraron la investigación titulada “Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel”, tesis para obtener el grado de magister, el objetivo fue identificar la cultura sobre la seguridad del paciente percibida por los profesionales sanitarios del hospital. Fue un estudio transversal descriptivo en profesional sanitarios, mediante la versión del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ). El tamaño muestral fueron 476. Los resultados nos muestran que el 90,2% de profesionales no notifico ningún evento adverso. La percepción global de seguridad del paciente fue 6,57 (escala 0-10). El trabajo en equipo en la unidad (66.9%). Se observó una correlación positiva (coeficiente de Spearson) entre la percepción y los años que los profesionales trabajar en la especialidad (0,21), hospital (0,197) y servicio (0,138) respectivamente (todos $p < 0,05$). La percepción general de seguridad fue valorada positivamente por el 34,1%. El soporte desde la gerencia (3,7%) y la dotación de personal (9%) fueron las principales áreas de mejora.

Entre los antecedentes nacionales destaca Martínez (2015). Lima. Trabajo de Investigación (Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico). Con el título “Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015. Cuyo 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.2015. Se utilizó como instrumento una encuesta “Encuesta de seguridad del paciente” validado en el 2010 por Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS). Los resultados muestran que las 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 9 respectivamente. Concluye que los componentes que constituyen puntos débiles prioritarios a resolver son 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”.

Entre los antecedentes nacionales también destaca Alvarado (2014) con la investigación titulada “Relación entre clima laboral y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval”. Trabajo de Investigación para obtener el grado de Magister en economía. Cuyo objetivo fue analizar la relación que existe entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el centro naval. Es un tipo de estudio descriptivo correlacional, el instrumento empleado es el cuestionario (HPQR). Los análisis estadísticos demostraron que los instrumentos son válidos y confiables. La muestra fue representada por 234 personas entre médicos y enfermeras. El instrumento es confiable, con un alfa de cronbach fue de 0.94. Los resultados nos indican que el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente se encuentran relacionadas significativamente. Los errores en la atención de los

paciente pueden originarse tanto en el entorno psicosocial del personal que presta el servicio de salud como en otros agentes involucrados como pueden ser la infraestructura y la tecnología. Los errores son involuntarios y requieren sistemas bien estructurados para su manejo que permiten minimizar al máximo cualquier posibilidad de error. El sistema de gestión se utilizara para promover y apoyar una cultura de seguridad a través de proporcionar los medios para que la organización apoye a individuos y equipos para llevar a cabo sus tareas de manera segura y con éxito, teniendo en cuenta la interacción entre los individuos, la tecnología y la organización.

Flores (2012), Trujillo. Realizo la tesis titulada “Aplicación de la ética en la toma de decisiones de jefes y gerentes de una empresa comercial”, Trabajo de Investigación para obtener el grado de magister. Cuyo objetivo fue conocer la aplicación de la ética profesional en la toma de decisiones en jefes y gerentes de una empresa comercial, es un estudio descriptivo cualitativo, el instrumento para comprobar la hipótesis fue una prueba estandarizada para medir cuatro factores: honestidad, justicia, respeto, responsabilidad. Los resultados fueron se puede conocer la aplicación de la ética profesional en la toma de decisiones de jefes y gerentes, mediante el cuestionario realizado, por lo cual se recomienda aplicar dicho estudio en otro tipo de organizaciones y promover la aplicación de la ética.

Por otro lado Soria (2012), en Trujillo, realizo la investigación titulada “Cultura de seguridad del paciente en una Unidad de cuidados intensivos neonatales”. Trabajo de Investigación (Especialista en Enfermería en UCIN). Con el objetivo de conocer la percepción del error en la asistencia del paciente, los aspectos positivos (fortalezas) y negativos (debilidades) de la cultura de la seguridad que tienen los profesionales que trabajan en la UCIN. Tipo de estudio descriptivo, cualicuantitativo, se utilizó un cuestionario con escala Likert, basado en la encuesta de “percepción de la cultura de seguridad en los servicios de medicina intensiva española” de Gutiérrez y Col. Los resultados fueron: equipo de salud que percibe haber participado de eventos adversos (28%), las fortalezas identificadas fueron ambiente de trabajo (70%), percepción de una comunicación (76%), las debilidades detectadas organización y dirección del hospital 54% y carga elevada (86%). Entre las conclusiones la identificación y

comunicación de los eventos adversos es prioritaria y un desafío urgente. La seguridad es una responsabilidad compartida con los líderes, que deben mejorar la confianza y fortalecer la comunicación, base de una cultura de seguridad positiva y proactiva capaz de evidenciar el impacto que tienen los errores en la salud.

1.2 Fundamentación Científica

Cultura de seguridad del paciente (V1)

La agencia para la investigación y calidad en salud de los Estados Unidos (AHRQ, 2004, π. 1), ha definido la cultura de la seguridad como “el producto de los valores individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad, sus componentes zonas las percepciones de seguridad, frecuencia de eventos reportados y el grado de seguridad general del paciente.”

Según el estudio de seguridad del paciente de la Agencia Nacional para seguridad del Paciente(NPSA) (2010, π. 4) el primer paso para implementar es desarrollar una cultura de seguridad del paciente, para este fin cada integrante de la organización debe reconocer las responsabilidades con la seguridad del paciente y esforzarse por mejorar la asistencia que proporciona, además recordar que durante los procesos asistenciales pueden suceder errores, pero si la cultura de la organización es consistente con la seguridad, las personas son estimuladas a hablar directamente sobre los errores e incidentes sucedidos.

Por tanto propone tres principios para construir una cultura de seguridad los cuales son, promover una conciencia activa y vigilante para reconocer los errores e incidencias, aprender de ellos y plantear acciones de mejoramiento.

Al respecto el Ministerio de Salud del Perú, decide impulsar la seguridad del paciente como aspecto esencial de la calidad en los servicios de la salud, llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes, tales como el estudio de los eventos adversos y la gestión de riesgo en la atención en salud y la puesta en marcha de una estrategia que contribuya a brindar una atención limpia y segura en las organizaciones.

Pasos para la seguridad del paciente

El ministerio de sanidad y consumos de España (2004, π. 2), con el permiso del NHS (Sistema nacional de Salud del Reino Unido), ha publicado un documento denominado “La seguridad del paciente en siete pasos”, el cual responde al objetivo de fomentarla información y formación de profesionales y pacientes para mejorar la seguridad de los pacientes que reciben asistencia sanitaria.

Paso 1: Desarrollar una cultura de seguridad: crear una cultura que sea abierta y justa, una verdadera cultura de seguridad es aquella en la que cada persona de la organización reconoce sus responsabilidades con la seguridad del paciente y se esfuerza en mejorar la asistencia que proporciona. La evidencia demuestra que si la cultura de una organización es consciente de la seguridad y las personas son estimuladas a hablar abiertamente sobre errores e incidentes, la seguridad del paciente y la atención se ven mejoradas. El ministerio de sanidad y consumos de España (2004, π. 3)

Paso 2: liderar y apoyar a su personal: establecer un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente en toda su organización, cumplir la agenda de seguridad del paciente requiere motivación y compromiso desde lo más alto de cada organización de atención primaria así como líderes clínicos y directivos en todos los servicios. El personal y los equipos deben sentirse capaces de manifestarse si piensan que es segura la atención que prestan. El ministerio de sanidad y consumos de España (2004, π. 4)

Paso 3: integrar sus actividad en gestión del riesgo: desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar. La gestión integrada del riesgo significa que las lecciones aprendidas en un área de riesgo pueden ser rápidamente difundidas a otras áreas. El ministerio de sanidad y consumos de España (2004, π. 5)

Pasó 4: Promover la notificación: garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional. Los incidentes en atención sanitaria se producen generalmente uno tras uno, el único modo de poder identificar el número

total de incidentes es establecer un sistema de notificación, es un requisito fundamental para mejorar la seguridad del paciente, sin esta información, las organizaciones locales no pueden enfocar y asignar adecuadamente sus recursos para garantizar el cambio. El ministerio de sanidad y consumos de España (2004, π. 6)

Paso 5: Involucrar y comunicar con pacientes y público: 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. Los pacientes quieren estar involucrados como participes en su cuidado por tanto el personal sanitario necesita incluir a los pacientes para alcanzar el diagnóstico correcto. El ministerio de sanidad y consumos de España (2004, π. 7)

Paso 6: Aprender y compartir lecciones de seguridad: Animar al personal para utilizar el análisis de causa raíz al objeto de conocer como y porque suceden incidentes. Cuando sucede un incidente de seguridad del paciente crucial no es ¿Quién tiene la culpa del incidente? Sino ¿Cómo y porque ha ocurrido?, una de las cosas más importantes a cuestionar es ¿que nos está transmitiendo sobre el sistema en el que trabajamos?, las causas raíz de los incidentes pueden encontrarse en una amplia mezcla de factores interconectados dentro del sistema, un sistema en que la universal e inevitable capacidad humana para cometer errores pueda haber sido dejada inadecuadamente sin control. Entender porque ha ocurrido un incidente es una parte fundamental de la investigación y fundamental para garantizar que no se repita el incidente. Solo aprendiendo de las causas subyacentes de un incidente podemos implantar nuevos métodos de trabajo para minimizar el riesgo de un daño futuro. El ministerio de sanidad y consumos de España (2004, π. 8)

Paso 7: implantar soluciones para prevenir el daño: introducir lecciones a través de cambios en prácticas, procedimientos o sistemas, las organizaciones de atención en salud necesitan comprender los factores contribuyentes subyacentes

de incidentes de seguridad del paciente de forma que con el tiempo, los aprendizajes y experiencias en un área puedan ayudar e informar a muchos otros en cualquier lugar. El ministerio de sanidad y consumos de España (2004, π. 9)

Medición de la Cultura de Seguridad

La evaluación de la cultura de seguridad suele 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, π. 1)

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

Dimensión 1: Seguridad en el Área de Trabajo

Dirigido a medir si se tiene o no la percepción de estar trabajando comprometiendo la seguridad, refiriéndose dos de ellos a causas concretas como son el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos existentes para evitar errores en la asistencia. (AHRQ, 2004, π. 1)

Dimensión 2: Seguridad brindada por la dirección

Representa la percepción que se tiene sobre la importancia que se da a la seguridad del paciente por parte de los jefes de servicio y supervisoras. (AHRQ, 2004, π. 2)

Dimensión 3: Seguridad desde la comunicación

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 errores en los cambios que se han implementado y modos de prevenir errores. (AHRQ, 2004, π. 3)

Dimensión 4: Frecuencia de sucesos notificados

Se refiere a la percepción de la frecuencia de notificación de tres tipos de eventos o errores que no llegan a producir efectos adversos (descubiertos y corregidos antes que podrían haber causado daño pero no lo hicieron y que previsiblemente no producir daño). (AHRQ, 2004, π, 4)

Dimensión 5: Seguridad desde la atención primaria

Percepción de la atención sanitaria que minimiza riesgos y daños a los usuarios desde el primer momento de la atención. (AHRQ, 2004, π. 5)

Toma de decisiones (V2)

Según Koont y Weihrich (2005), plantean que una decisión:

“es un juicio o una decisión entre alternativas, rara vez implica la lección entre el acuerdo y el error”, por ese motivo, esta decisión constituye el núcleo de las funciones, las cuales han de abarcar la labor supervisora, directiva o gerencial; donde la importancia es tal, para tomar decisiones en los niveles más altos se han desarrollado numerosas técnicas a base de herramientas matemáticas y de investigación de operaciones. (p.89)

En el ámbito organizacional y en la vida diaria en general la toma de decisiones se hace constante, pero sin embargo lleva implícito el riesgo de no acertar, en este sentido el gerente debe manejar la mayor cantidad posible de información

relacionada con la organización, sus miembros y el contexto a fin dar respuestas oportunas y adecuadas a las diferentes situaciones, disminuyendo así los riesgos.

Según Richard Daft (1997) la toma de decisiones organizacionales se define formalmente como el proceso de identificar y resolver problemas. El proceso fundamentalmente tiene dos etapas: la fase de identificación del problema donde se vigila información sobre las condiciones ambientales y organizacionales para determinar si el desempeño es satisfactorio y para diagnosticar la causa de las insuficiencias. Y la otra fase de solución del problema tiene lugar cuando se consideran las alternativas de información y se selecciona e implanta una opción. (p.51).

Por otro lado, Gento (2005, p. 41), destaca que la toma de decisiones puede definirse como “el proceso mediante el cual se realiza una elección entre las alternativas o formas para resolver diferentes situaciones de la vida, las cuales se pueden presentar en diferentes contextos como a nivel laboral, familiar y sentimental”.

Este concepto nos indica que en todo momento de nuestra vida se toman decisiones la diferencia entre cada una de estas es el proceso o la forma la cual se llega a esta toma de decisiones, primordialmente elegir una alternativa entre las disponibles, a los efectos de resolver un problema actual o potencial, aun cuando no se evidencien un conflicto latente. Por tanto, el tomar una decisión en una organización es importante, más si realmente se quiere trabajar en equipo, por lo que se debe empezar hacer una selección de las mismas, el cual tiene una gran trascendencia, pues las decisiones son como el motor de la organización y en efecto de la adecuada elección de alternativas depende en gran parte el éxito de cualquier organización, asimismo, una decisión puede variar en trascendencia y connotación.

También Delgado (2009, p. 40) conceptualiza la toma de decisiones “es una competencia que se refleja en la capacidad de conjugar dos procesos; el análisis para entender las causas de los problemas y desarrollar alternativas realistas y la síntesis para elaborar un plan de acción”, por tanto, el proceso de toma de decisiones comienza con la existencia de un problema entre la situación actual y la deseada.

Para Espinoza (2006, p. 7), define también como “aptitudes que permiten examinar alternativas, elegir entre ellas, así como usar diversas herramientas y técnicas para tomar las mismas”. Por lo que se puede deducir, que es un proceso donde se identifican, se valoran y se selecciona la mejor acción, sobre las alternativas evaluadas para solucionarlas.

En los conceptos referidos, se evidencia la coincidencia de los autores, ya que incluyen elementos fundamentales como la existencia de una persona responsable de tomar la decisión, la cual plantea los objetivos propios, por otro lado, existe el contexto del problema donde pueden ser definidas por un conjunto de estados de la naturaleza. Por tanto una parte importante de la responsabilidad del gerente es decidir qué curso de acción tomar, desarrollar ciertas herramientas, técnicas y métodos para ayudar a los gerentes a tomar decisiones adecuadas.

Para Chiavenato (2009) tomar una decisión implica establecer los objetivos que se han logrado con esa decisión, así mismo clasificarlos y jerarquizarlos, señalar las alternativas de soluciones, valorarlas y señalar también la mejor opción a fin de ejecutar la decisión, la cual debe mantenerse desde cualquier patrón de liderazgo autocrático o democráticamente y en consenso por todos los miembros de la organización. (p.92)

Bajo esta conceptualización la investigadora define el proceso de toma de decisiones como la elección de una vía de acción que busca solucionar un problema específico, por ello en el área de trabajo es necesario identificar y luego también tomar en cuenta la participación de todos los miembros del equipo de salud en busca de una alternativa acorde a resolver el problema identificado.

Dimensiones

Dimensión 1: Formas de toma de decisiones

Las decisiones nacen cuando el ser humano tiene la oportunidad de decidir y de cuestionarse ante lo que debe hacer en cada etapa de la vida, razón por lo que

las formas de tomarlas se consideran un proceso de vital importancia, debido que en ella se desprenden las ideas o se inician muchos de los proyectos, los cuales afectaran el futuro; siendo con ello necesario considerar un error en este proceso es la confusión existente entre la necesidad y deseo, dos elementos con los que los gerentes se enfrentan diariamente, e igualmente deben aprender a distinguir al manejar la organización y sus miembros.

Para Chiavenato (2009), muchas decisiones que se toman se les dedica poco tiempo, olvidando aspectos como la planeación y el proceso, al tomar una decisión se tiene en cuenta únicamente lo que se siente en ese momento y se pasan por alto los aspectos que de ser analizados llevaran la decisión a un resultado positivo. Por lo que el proceso de toma de decisiones, está íntimamente relacionado con otros procesos organizacionales, así el proceso de comunicación adquiere suma importancia, ya que ello dependerá la cantidad, calidad, exactitud, celeridad de la información que recibe quien toma la decisión. Igualmente el liderazgo y la motivación juegan un papel importante en el grado de efectividad y eficiencia de la toma de decisiones a nivel gerencial. (p.38)

Tipos de decisiones

Decisiones programadas

Para Robins (2005,) “son aquellas que se toman frecuentemente, como el tipo de problemas que resuelve, y también se presentan con cierta regularidad ya que tiene un método bien establecido de solución” (p.65)

Este tipo de decisiones suelen ser usadas en las instituciones de salud, pues la rutina que se lleva a cabo permite que estas surjan sin que sean planificadas, pues que ya están debidamente programadas y establecidas en el manual de organización y funciones. Las decisiones programadas no tiene la necesidad de diseñar ninguna solución, sino que simplemente se rige por la que ha seguido anteriormente y por tanto ya se conocen los pasos para abordar este tipo de problemas, por esta razón, también se llaman estructurales.

Según Bussiness (2017), las decisiones programadas se toman de acuerdo a políticas, procedimientos o reglas escritas o no escritas, las cuales facilitan la toma de decisiones en situaciones recurrentes porque limitan o excluyen alternativas.(p.122)

Este autor plantea que las decisiones programadas son tomadas de acuerdo con alguna política, regla o procedimiento, así mismo, pues en la medida en que se ha desarrollado un método definitivo para poder manejarlas, al estar el problema bien estructurado.

Decisiones no programadas

Según Darft y Marcic (2006), las define como las no estructuradas, son decisiones que se toman en problema o situaciones que se presentan con poca frecuencia, o aquellas que necesitan de un modelo o proceso específico de solución. También afirma que las decisiones no programadas “son aquellas situaciones que no son repetitivas o que por su grado de magnitud o importancia necesitan un tratamiento especial. (p.201)

Es decir estas decisiones se toman en situaciones repentinas y determinantes para la acción a seguir, por ello es indispensable la capacitación pues las decisiones que ha de tomar deben ser acertadas y viables para la situación o problema.

Según Robbins (2005,) son las cuales que “abordan problemas poco frecuentes o excepcionales”, de tal forma que si un problema no se ha presentado con la suficiente frecuencia como para que lo cubra una política o función, merece ser manejado de una forma excepcional. También una característica es la limitación en cuanto a la calidad, cantidad y disponibilidad de la información necesaria para tomar decisiones, y estas están vinculadas a la condición humana, referentes a los conocimientos, capacidad y también características propias de la organización. Un ejemplo de ello puede ser la asignación de los recursos a una organización, que hacer con una planificación que no logro objetivos o como mejorar las relaciones interpersonales. (p.124)

En tal sentido, si un problema no se ha presentado con la frecuencia suficiente como para que le cubra una política estructural o si resulta tan importante que merece un tratamiento especial, deberá ser manejado como una decisión no programada.

Decisiones Individuales

Según Bussiness (2007) definió “una decisión individual representa autonomía se refiere al estado y condición de la persona que goza de entera independencia de sus decisiones o actuaciones”, también “es la capacidad de un individuo que decide por sí mismo, así como la capacidad de un individuo que goza de determinada independencia frente a la autoridad del estado”. (p. 60)

Es decir, en los servicios de salud los directivos gozan de plena autonomía en la programación de acciones y decisiones en determinados momentos, el gerente eleva su pensamiento de manera rápida y estratégica. Con referente a este concepto la decisión para hacer frente a una emergencia es típicamente de tipo individual, ya que en una emergencia no hay tiempo para hablar o buscar alternativas o consejo de otros niveles, la decisión debe ser tomada de forma inmediata

También Delgado (2009), señaló que la toma de decisiones individuales no es usual dentro de los procesos administrativos, podría decirse que cada proceso lleva en sí mismo una decisión individual en un momento determinado, ya que permanente el administrador se encuentra en un conjunto de alternativas entre las cuales se debe escoger la mejor y en un tiempo preciso.(p.48)

Decisiones de grupo

Según Espinosa (2006), “las decisiones en grupo ayudan a satisfacer las necesidades individuales, tales como la sensación de sentirse necesitado, de ser importante, de estar presente y enterado”, así mismo la toma de decisiones debe implicar una discusión de las diversas alternativas, condición que se cumple el enfoque de la decisión en grupo. (p.76)

Muchos gerentes favorecen las decisiones por grupos, por se caracterizan por ser amistosas discusiones informales, proporciona a quienes va a ser afectados por

una decisión la oportunidad de participar en su formulación y promueve el desarrollo de los miembros del grupo.

Para Daft y Marcic (2006, p. 65), la toma de decisiones en grupos está sujeta a muchas limitaciones, señala algunos miembros contribuirán mucho más que otros, tanto el status con el poder excederá al de otros miembros, además también ciertos miembros puedan que difieran de las opiniones expresadas por los demás miembros de grupo, y en otros casos pueden ejercer poca influencia sobre la decisión final. Asimismo también destaca que consume más tiempo en su desarrollo, utilizándose frecuentemente para decisiones importantes, el mismo que supone que todos los integrantes del grupo acuerden y asuman como suya la decisión final.

Sus características son que logra alta participación y compromiso de todos los integrantes del grupo, también requiere elevada comunicación y sobre todo respeto hacia todas las opiniones.

Dimensión 2: Proceso en la toma de decisiones

Para Robbins y Coulter (2006, p.139) se caracteriza “por una situación de conflicto, la decisión se registra con el objeto de ponerle termino del conflicto el cual provoca tensión y necesidad de solución y en las circunstancias en que la decisión debe ser tomada en un determinado punto de secuencia temporal de los acontecimiento que se susciten en la organización”.

Representa cada uno de los pasos que permiten identificar cada uno de los puntos de vistas de los demás, donde se valoran y se seleccionan las mejores acciones, sobre las alternativas evaluadas, para solucionar los problemas o dificultades presentadas o para el aprovechamiento de las oportunidades.

El proceso de toma de decisiones comienza con la existencia de un problema, la toma de decisiones en una organización de circunscribe a una serie de personas que están apoyando el mismo proyecto, de ahí que todos los integrantes de una organización toman decisiones unas veces personales y otras grupales.

Por otro lado Serna (2008), refiere que la toma de decisiones es un proceso sistemático en el que se plante dos o más alternativas como soluciones tentativas o posibles soluciones a un problema, de las que una vez evaluadas, se elige una y se aplica, en este sentido los pasos para tomar decisiones según este autor son: establecimiento del consenso, identificación del problema, selección de alternativas, evaluación de las alternativas e implementación de la decisión. (p.86)

Establecimiento del consenso

Under (2009) manifestó que los buenos gerentes son aquellos que buscan consenso al momento de tomar las decisiones en la organización, sin dejar de lado el factor tiempo y la competitividad requerida, a eso es a lo que llama saber tomar decisiones acertadas pues ellas permiten tomarlas mediante consenso para poder llegar a acuerdos pertinentes. (p.56)

Se denota la concordancia en sus conceptualizaciones, enfocan que el consenso, se refiere a que todos los miembros participen, se acepten y apoyen las decisiones; planteando ideas para que susciten nuevas propuestas, lograr mejoras estructurales y funcionales, y todo ello han de ser resultado de una tarea colectiva y coordinada con el alto nivel y con la supervisión eficiente de los servicios de salud

Identificación de Problemas

Según Steven (2007,) define que los problemas son aquellos aspectos que dificultad el logro de objetivos y obstaculizan el desarrollo de las acciones u operaciones de la organización. Al ser identificado un problema deben orientarse a situaciones generales en la cotidianidad de la organización y que no corresponden a un área específica solamente sino implican la totalidad de la organización, he aquí donde el gerente ha de tener la habilidad para identificar analizar y tomar a decisión pertinente. (p. 43)

También para Soca (2005), identificar un problema involucra un conjunto de operaciones y actividades para identificarlos así podemos abordar y encaminar los procesos de discusión y toma de decisiones, ya que para este autor la toma de decisiones las define “como un proceso don de identidad, se valoran y se selecciona las mejores acciones, sobre las alternativas evaluadas, para solucionar los problemas o dificultades presentadas”. (p. 132)

Así mismo Darft y Marci (2006) refirió que el primer paso que es pasado por alto normalmente por la gerencia del nivel superior está definiendo el problema exacto. Una vez que el gerente ha identificado un problema que requiere atención, necesita identificar los criterios de decisión importantes para resolver ese problema. Esto quiere decir que los gerente deben determinan lo que es pertinente para tomas una decisión.(p.75)

Tratándose así, se entiende que para identificar un problema es preciso conocer la naturales del mismo, aunque a veces puede ser muy difícil, debido a que los interese y objetivos suelen ir más allá del problema que se manifiesta en un momento dado para conseguir la solución

Selección de las alternativas

Para Darft y Marcic (2006), “definio como mejor alternativa a aquella en la cual la solución se ajuste mejor a las metas y valores generales de la organización y que a la vez logre los resultados deseados con el uso del menos números de recursos”. (p. 199)

Por tanto podemos decir que el gestor de la institución trata de selecciona una alternativa entre todas las que en un momento determinado piensa, es decir la que ofrezca menos riesgo, siempre y cuando que algún riesgo estará inherente a las decisiones no programadas, por lo que trataran de estimar y medir el potencial de éxito de la decisión.

De la misma forma Robbins y Coulter (2005) definió la selección de alternativas o estrategias como “el proceso que surge luego de estimar todos los requerimiento y criterios de la decisión y de la analizar todas las alternativas

viales, simplemente se escoge aquella que genere mayor ponderación en el consenso”. (p.138)

En tal sentido es importante que el gestor promueva el consenso entre el personal de salud para poder definir con claridad la alternativa que más convenga y que se factible de accionar en el marco de la solución del problemas organizacionales o asistenciales.

Así mismo Guedez (2007) destaco que las alternativas “son aquellas estrategias diferentes por medio de las cuales pueden alcanzarse los objetivos, en donde la selección de la alternativa, es lo que se llama decisión, por tanto no existe decisión perfecta, pero si existe la decisión más adecuada en la relación a la situación actual, al tomar una alternativa sobre otra se está intentando maximizar beneficios y disminuir riesgos”. (p. 15)

Desarrollo de las alternativas

Para Robbins y Coulter (2005) definió “el desarrollo de alternativas representa otro de los pasos que direcciona la toma de decisiones, donde hay que preparar una lista de alternativas factibles y las oportunidades que resuelven el problema planteado, donde no se hará ningún intento por evaluarlas sino de enumerarlas”. (p. 137)

Por su parte Aranguren (2006, p.62) señalo que el desarrollo de las alternativas se relaciona con el uso de capacidades gerenciales administrativas y persuasivas para que dicha alternativa elegida se lleve a cabo, se ahí el éxito final de la alternativa elegida depende de si esta puede traducirse en acción. A veces la alternativa elegida nunca se vuelve realidad, necesitando revisar las debilidades.

Al respecto el desarrollo de alternativas en las instituciones de salud por parte de los gerentes, puede requerir un consenso con el personal y demás personas involucradas o afectadas en esta decisión, en al caso se pueden emplear las diferentes habilidades de comunicación, motivación y liderazgo para poder desarrollar las alternativas adecuadas y elegir la decisión correcta.

Evaluación de las alternativas

Para Robbins y Coulter (2005) La etapa de evaluación es el último paso en el proceso de decisión, quienes la toman, primero reúnen la información que les indica la eficacia con que se implementó la decisión y se alcanzaron las metas. (p.139)

Por tal razón, la evaluación de las alternativas al momento de planificar, debe ser controlada por la gerencia y orientada a la acción, es decir ser parte de una necesidad institucional concreta y pretende generar nuevas alternativas para la práctica y la mejora de la atención de salud.

Implementación de la decisión

Para Robbins (2005) refirió la última etapa en la toma de decisiones es precisamente la acción, en este momento cuando se llevara a la practica la decisión elegida, ya que de no hacerlo así, por muy adecuada que sea la solución no dará los resultados deseados; muchas veces quedan sin haber llegado a implementarse. De este concepto él debe ser puesta la acción de la decisión exigirá algunos cambios y no siempre bien recibidos por las personas o los grupos afectados, por lo que conviene planificar el sistema de implantación y vigilar el desarrollo de las alternativas a fin de asegurar el éxito de las decisiones tomadas. (p.120)

Así mismo Gento (2005), refirió que durante esta fase deberán ir introduciéndose los elementos correctores necesarios, aplicando ara ello las medidas que se consideren oportunas. Una vez ejecutada la última etapa, habrá que analizar y evaluar los resultados conseguidos, lo que dará una nueva información que será útil los resultados conseguidos, lo que dará una nueva información la cual será útil para el siguiente proceso de toma de decisiones.

Con respecto a lo conceptualizado se puede inferir que el personal de salud a cargo de un servicio, debe integrar el equipo de trabajo para planificar el consenso, seleccionar y evaluar cada alternativa, para luego implementar la decisión final, el cual asegurara una mejor logro de objetivos y metas que establezca la organización, de esta forma el procesos se verá eficaz, pues al

cumplir cada uno de los pasos el proceso será exitoso. Se afirma que cualquier decisión aportada ha de ser consecuente con la que se han ido tomando anteriormente. Al respecto debe existir una continuidad que permita a otras personas descubrir cuál es la filosofía y la política en un asunto determinado.

1.3 Justificación

Justificación teórica

El presente estudio pretende despertar la reflexión en la administración y gestión de la organización, sobre todas las condiciones laborales en la que se desenvuelve el personal de salud, considerando que la toma de decisiones es un factor determinante en la eficacia administrativa tomando en cuenta además el comportamiento del grupo está condicionado por la percepción que tenga este de la organización. Por otra parte una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias es de gran importancia ya que se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir.

También los resultados obtenidos servirán de informe y base de investigación a la institución, para que incorpore nuevos enfoques y estrategias de gestión sanitaria que pueden ser concordantes con los nuevos paradigmas existentes cuyo propósito principal es garantizar la altura de seguridad del paciente ofreciendo un servicio de calidad.

Justificación Práctica

A nivel práctico, esta investigación pretende contribuir aportando datos sobre dos problemas que son centrales en nuestro sistema de salud, toma de decisiones y la cultura de seguridad del paciente, a fin de diseñar alternativas correspondientes que nos permitan optimizar la calidad de los servicios de salud que ofrecen.

Justificación metodológica

A nivel metodológico se pondrá a disposición de la comunidad académica de dos instrumentos válidos y confiables para evaluar, tanto la cultura de seguridad del paciente como la toma de decisiones en una institución de salud.

1.4 Problema

Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017?

Problema Especifico 1

¿Cuál es la relación que existe entre la seguridad en el área de trabajo y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017?

Problema Especifico 2

¿Cuál es la relación que existe entre la seguridad brindada por la dirección y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017?

Problema Especifico 3

¿Cuál es la relación que existe entre la seguridad desde la comunicación y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017?

Problema Especifico 4

¿Cuál es la relación que existe entre la frecuencia de sucesos notificados y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017?

Problema Especifico 5

¿Cuál es la relación que existe entre la seguridad desde la atención primaria y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017?

1.5 Hipótesis

Hipótesis General

La cultura de seguridad del paciente tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Hipótesis Especifica 1

La seguridad en el área de trabajo tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Hipótesis Especifica 2

La seguridad brindada por la dirección tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía en el Hospital Dos de Mayo, 2017.

Hipótesis Especifica 3

La seguridad desde la comunicación tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Hipótesis Especifica 4

La frecuencia de sucesos notificados tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Hipótesis Especifica 5

La seguridad desde la atención primaria tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

1.6 Objetivos

Objetivo General

Determinar el grado de relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Objetivo Especifico 1

Determinar el grado de relación que existe entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Objetivo Especifico 2

Determinar el grado de relación que existe entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Objetivo Especifico 3

Determinar el grado de relación que existe entre la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Objetivo Especifico 4

Determinar el grado de relación que existe entre la frecuencia de sucesos notificados y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Objetivo Especifico 5

Determinar el grado de relación que existe entre la seguridad desde la atención primaria y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

II. MARCO METODOLOGICO

Marco metodológico

2.1 Variables

Variable 1: Toma de decisiones.

Variable 2: Cultura de Seguridad del paciente

Definición conceptual de las variables

Variable 1: Toma de decisiones

Según Richard Daft (1997) la toma de decisiones organizacionales se define formalmente como el proceso de identificar y resolver problemas. El proceso fundamentalmente tiene dos etapas: la fase de identificación del problema donde se vigila información sobre las condiciones ambientales y organizacionales para determinar si el desempeño es satisfactorio y para diagnosticar la causa de las insuficiencias. Y la otra fase de solución del problema tiene lugar cuando se consideran as alternativas de información y se selecciona e implanta una opción. (p.59)

Variable 2: Cultura de Seguridad del Paciente

Es el producto de los valores individuales y grupales, que determinan la forma de actuar, el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo dela seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad, la frecuencia de eventos reportados, el grado de seguridad del paciente. (AHRQ, 2004, π 1).

2.2 Operacionalización de Variables

Tabla 1.

Matriz de operacionalización de la variable Cultura de Seguridad del Paciente.

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALAS Y VALORES	NIVELES Y RANGO
Seguridad en el área de trabajo	Medio ambiente de trabajo adecuado y condiciones de seguridad	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18		Pobre [18-33] Aceptable [34-49] Bueno [50-65] Muy Bueno [66-81] Excelente [82-90]
Seguridad brindada por la Dirección	Favorece un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente	19,20,21,		Pobre [3-5] Aceptable [6-8] Bueno [9-11] Muy Bueno [12-14] Excelente [15]
Seguridad desde la comunicación	Información de los errores y comunicación asertiva	23,24,25,26,27,28	Totalmente en desacuerdo (1) En Desacuerdo (2) Ni de acuerdo Ni en Desacuerdo (3) De Acuerdo (4) Totalmente de Acuerdo (5)	Pobre [6-11] Aceptable [12-17] Bueno [18-23] Muy Bueno [24-25] Excelente [26-30]
Frecuencia de sucesos notificados	Información oportuna de los incidentes adversos	29,30,31		Pobre [3-5] Aceptable [6-8] Bueno [9-11] Muy Bueno [12-14] Excelente [15]
Seguridad desde la atención primaria	Apoyo mutuo se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo	32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42		Pobre [11-20] Aceptable [21-29] Bueno [30-41] Muy Bueno [42-51] Excelente [52-55]

Adaptado: Flor de Maria Vergara Guevara (2016)

Tabla 2.

Matriz de operacionalización de la variable: toma de decisiones

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALAS Y VALORES	NIVELES Y RANGOS
Formas de toma de decisiones	Programadas	1,2	Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)	Nivel bajo [19 - 50] Nivel Medio [51 - 81] Nivel Alto [82 - 95]
	No programadas	3,4		
	Individual	5,6		
	En grupo	7,8		
Proceso de toma de decisiones	Establecimiento de consenso	9,10		
	Identificación de problemas	11,12		
	Selección de alternativas	13,14		
	Desarrollo de alternativas	15,16		
	Evaluación de alternativas	17,18		
	Implementación de la decisión	19		

Autor: Ana Pereira (2016)

2.3. Metodología

El método empleado en este estudio fue hipotético deductivo. “El método hipotético deductivo parte de un hipótesis plausible como consecuencia de sus inferencias del conjunto de datos empíricos o de principios y leyes más generales”. Sánchez y reyes (2015, p.59)

2.4. Tipo de investigación

Es un tipo de estudio básico, ya que lleva a la búsqueda de nuevos conocimientos con el propósito de recoger información de la realidad para enriquecer el conocimiento científico. (Sánchez y Reyes, 2006, p. 36)

También es de tipo correlacional porque busca encontrar la relación entre las dos variables de estudio.

2.5. Diseño de la investigación

La investigación es de diseño no experimental porque no existió manipulación de variables, observándose de manera natural los hechos.

También es de corte transversal los datos recolectados se realizaron en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia en un momento dado. (Hernández, Fernández y Baptista. (2010, p.151)

Es no experimental porque “la investigación se realiza sin manipular deliberadamente variables, es decir, se trata de estudios donde no hacemos varias en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables”. Hernández (2014, p.149)

También decimos que es transversal ya que su propósito es “describir y analizar sus incidencia e interrelacionar en un momento dado, es como tomar un fotografía de al que sucede” (Hernández, 2014, p. 151). El diagrama representativo de este diseño es el siguiente:

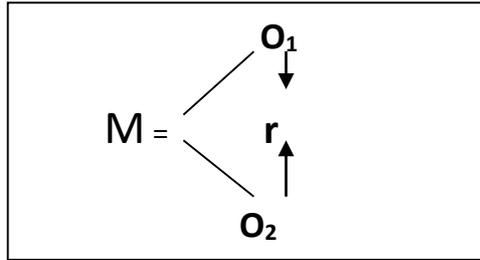


Figura 1. Diagrama del diseño correlacional

Donde:

M: 140 profesionales

O1: Observación sobre la variable toma de decisiones

r: relación entre las variables. Coeficiente de correlación

O2: Observación sobre la variable cultura de seguridad del paciente

2.6. Población muestra y muestreo

Población

La población está conformada por todos los médicos, enfermeras y personal técnico de los seis servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo los cuales suman 140.

Muestra

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010, p.45) el diseño de la muestra es probabilístico de tipo estratificado clasificando a los médicos, enfermeras y personal técnico de acuerdo a su profesión. La muestra estará conformada por 102 sujetos.

Selección de la Muestra

De la población objeto de estudio se seleccionara una muestra representativa mediante la técnica de muestreo aleatorio y por afijación proporcional.

De la población objeto de estudio se seleccionara una muestra representativa mediante la técnica de muestreo aleatorio y por afijación proporcional.

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

N =	140
Z =	1.96
P =	0.5
Q =	0.5
d =	0.05

Donde:

n = Tamaño de muestra

N= Tamaño de la población.

Z= 1.96; nivel de confianza 95%.

P= 50% (50/100= 0.5) probabilidad de éxito

Q= 1-p (1-0.5) probabilidad de frecuencia)

d= 5%=0.05 error máximo.

Muestreo

El muestreo fue de tipo estratificado, según lo afirman Sánchez y Reyes (2014), este tipo de muestreo es empleado cuando una población posee grupos o estratos que pueden presentar diferencias en las características que son sometidos a un estudio. (p 158)

Grupo	Cantidad
Médicos	30
Enfermeras	52
Técnicos	58
Total	140

2.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica e recolección de datos

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue el de las escalas, que tal como señalaron Sánchez y Reyes (2015), “las escalas se emplean para medir opiniones y sobre todo actitudes sociales, la escala de Likert comprende una proposición que implica una opinión que puede ser cuantificada en una dimensión que va desde el total desacuerdo hasta el total acuerdo” (p.165).

En el presente trabajo se utilizó como técnica de recolección de datos, la encuesta estructurada de preguntas cerradas la cual se encuentra dirigida al personal de salud de los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo.

Instrumentos de recolección de datos

Sánchez y Reyes (2015) sostuvieron que “las técnicas de recolección de datos son los medios por los cuales el investigador procede a recoger información requerida de una realidad o fenómenos en función de los objetivos del estudio. Asimismo, estas técnicas pueden ser directas o indirectas” (p. 151).

El instrumento aplicado al presente trabajo de tesis es el cuestionario, tipo Likert que está dirigido a todo el personal de salud del área en estudio a fin de recabar los datos necesarios para el presente estudio.

Ficha técnica

Instrumento Variable1: Cultura de Seguridad del Paciente

Ficha técnica

Autor: Grupo de trabajo de errores médicos de la calidad de tarea de coordinación interinstitucional

Adaptado: Flor de Maria Vergara Guevara

Año: 2016

Descripción:

Tipo de Instrumento: Cuestionario

Objetivo: Determinar el grado de cultura de seguridad del paciente en lo servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Población: 102

Lugar: Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Número de Ítem: 42

Aplicación: Directa

Tiempo de administración: 15 minutos

Escala de Medición: Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en Desacuerdo, de Acuerdo, totalmente de Acuerdo

Escala: Likert

Niveles	Rango
Pobre	[42-80]
Aceptable	[81-121]
Bueno	[122-162]
Muy Bueno	[163-203]
Excelente	[203-210]

Instrumento Variable 2: Toma de Decisiones

Ficha técnica

Autor: Ana Pereira

Adaptado: Flor de María Vergara Guevara

Año: 2016

Descripción:

Tipo de Instrumento: Cuestionario

Objetivo: Determinar el nivel de toma de decisiones del personal de salud de los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Población: 102

Lugar: Servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Número de Ítem: 19

Aplicación: Directa

Tiempo de administración: 15 minutos

Escala de Medición: Nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre, siempre.

Escala: Likert

Niveles Rango

Nivel bajo [19 - 50]

Nivel Medio [51 - 81]

Nivel Alto [82 – 95]

Validez y Confiabilidad

Validez

La validez del instrumento de evaluación es aplicable, de acuerdo al juicio de experto al que fue sometido, a fin de dar valor al contenido de los instrumentos de las variables: procesos técnicos archivísticos y gestión documental. Teniendo como resultado lo siguiente:

Tabla 3

Resultado de validez de instrumentos

Experto:	Opinión
Dr. Hugo Prado Lopez	aplicable

Nota: La fuente se obtuvo de los certificados de validez de instrumentos

Confiabilidad

Para determinar la prueba de confiabilidad al presente trabajo de investigación se utilizó el alfa de cronbach asimismo para la interpretación de la evaluación se aplicó los niveles de confiabilidad establecidos por George y Mallery (2003).

Soto (2015) estableció que la confiabilidad es un instrumento de medición que establece la credibilidad al instrumento de evaluación y se verifica si al aplicarlo varias veces da como resultado el mismo. (p.72)

Tabla 4

Tabla de interpretación de valores de Alfa de Cronbach según George y Mallery (2003)

valores de alfa de cronbach	niveles
$\alpha \geq 0.9$	Es excelente
$0.9 > \alpha \geq 0.8$	Es bueno
$0.8 > \alpha \geq 0.7$	Es Aceptable
$0.7 > \alpha \geq 0.6$	Es Cuestionable
$0.6 > \alpha \geq 0.5$	Es pobre
$0.5 > \alpha$	Es inaceptable

Tabla 5

Confiabilidad de Instrumento de Variable Cultura de Seguridad del Paciente

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,958	42

Nota: La fuente se obtuvo de los resultados de la prueba piloto

Interpretación

De la tabla 5: siendo los resultados de Alfa de Cronbach superiores a 0,7 obteniéndose un valor de 0,958 se puede decir que la confiabilidad es de un nivel excelente.

Tabla 6

Confiabilidad de Instrumento de Variable Toma de Decisiones

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,847	19

Nota: La fuente se obtuvo de los resultados de la prueba piloto

Interpretación

De la tabla 6: siendo los resultados de Alfa de Cronbach superiores a 0,7 obteniéndose un valor de 0,847 se puede decir que la confiabilidad es de un nivel bueno.

2.8 Métodos de análisis de datos

Como el enfoque es cuantitativo se elaboró la base de datos para ambas variables con los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de medición para luego ser procesados mediante el análisis descriptivo e inferencial usando el programa SPSS y el Excel 2010.

Una vez recolectados los datos proporcionados por los instrumentos, se procederá al análisis estadístico respectivo, en la cual se utilizó el paquete estadístico para ciencias sociales SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 22. Los datos fueron tabulados y presentados en tablas y gráficos de acuerdo a las variables y dimensiones.

Para la prueba de las hipótesis se aplicó el coeficiente Rho de Spearman, ya que el propósito fue determinar la relación entre las dos variables a un nivel de confianza del 95% y significancia del 5%.

Tabla 7

Tabla de interpretación del coeficiente de correlación de Spearman según Bisquerra

Valores	Interpretación
De -0,91 a -1	Correlación muy alta
De -0,71 a -0,90	Correlación alta
De -0,41 a -0,70	Correlación moderada
De -0,21 a -0,40	Correlación baja
De 0 a -0,20	Correlación prácticamente nula
De 0 a 0,20	Correlación prácticamente nula
De 0,21 a 0,40	Correlación baja
De 0,41 a 0,70	Correlación moderada
De 0,71 a 0,90	Correlación alta
De 0,91 a 1	Correlación muy alta

Nota: La fuente se obtuvo de Bisquerra (2009)

2.9 Aspectos éticos

A lo largo de todo el proceso se respetó los principios éticos garantizando el anonimato de las participantes y el análisis generalizado de los datos, no individualizado, anulando la posibilidad de poder relacionar los datos con alguno de los participantes.

Para el desarrollo del presente de trabajo investigación, se contó con la autorización de la institución de salud, específicamente en los servicios de cirugía donde se ejecutó el instrumento. En todo momento se respetara la decisión de formar parte o no en el estudio y la posibilidad de abandonarlo sin dar explicaciones al respecto.

En relación a la investigación realizada en el presente trabajo se debe señalar que es original y real, pues a nivel nacional son muy escasos los estudios al respecto, y se espera que este sea el punto de partida para futuras investigaciones en relación al tema.

III. RESULTADOS

3.1 Presentación de Resultados

3.1.1. Descripción de los resultados de la variable Cultura de Seguridad del Paciente en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 8.

Distribución de niveles, frecuencia y porcentaje de la variable cultura de seguridad del paciente

	Frecuencia	Porcentaje
Pobre	6	5,88
Aceptable	19	18,63
Bueno	49	48,04
Excelente	28	27,45
Total	102	100

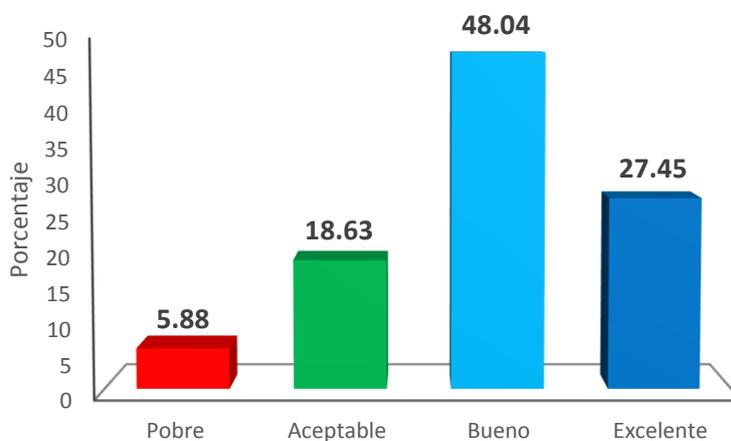


Figura 1: distribución porcentual de la cultura de seguridad del paciente

Interpretación

Se observa que el 27.45% de los entrevistados consideran que existe una excelente cultura de seguridad del paciente, el 48.04% bueno, el 18.63% aceptable y el 5.88% considera que es pobre.

3.1.2. Descripción de los resultados de la dimensión seguridad en el área de trabajo en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 9.

Distribución de niveles, frecuencia y porcentaje de la dimensión seguridad en el área de trabajo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pobre	1	1,0	1,0	1,0
Aceptable	13	12,7	12,7	13,7
Bueno	37	36,3	36,3	50,0
Muy bueno	32	31,4	31,4	81,4
Excelente	19	18,6	18,6	100,0
Total	102	100,0	100,0	

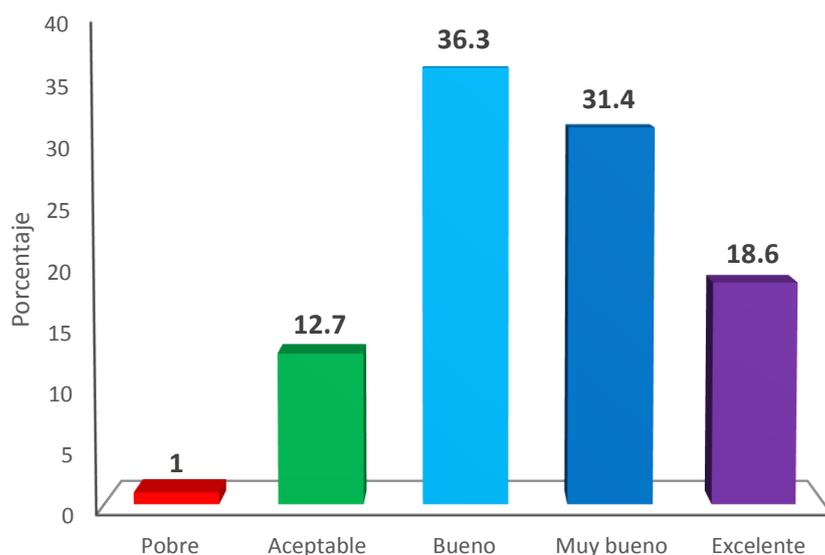


Figura 2. Distribución porcentual de la dimensión seguridad en el área de trabajo

Interpretación

Se observa que en la dimensión de seguridad en el área de trabajo el 18.6% considera que es excelente, el 31.4% muy bueno, el 36.3% bueno, el 12.7% aceptable y el 1% pobre.

3.1.3. Descripción de los resultados de la dimensión seguridad brindada por la dirección en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 10.

Distribución de niveles, frecuencia y porcentaje de la dimensión seguridad brindada por la dirección.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pobre	5	4,9	4,9	4,9
Aceptable	24	23,5	23,5	28,4
Bueno	28	27,5	27,5	55,9
Muy bueno	29	28,4	28,4	84,3
Excelente	16	15,7	15,7	100,0
Total	102	100,0	100,0	

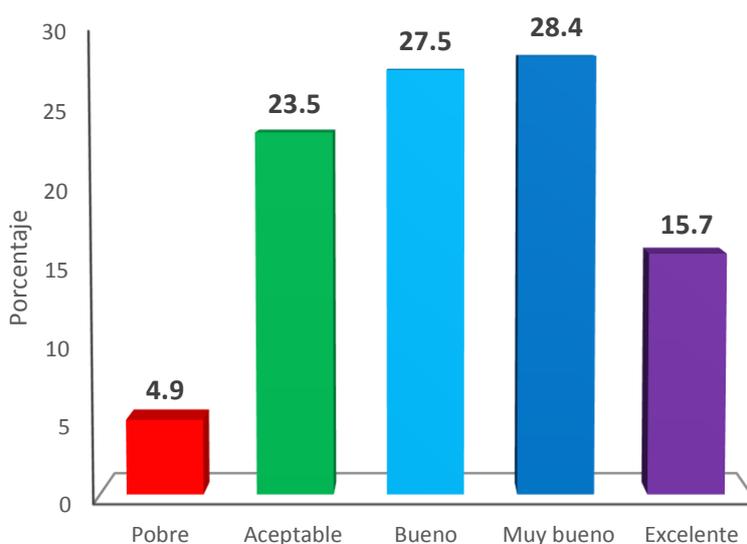


Figura 3. Distribución porcentual de la dimensión seguridad brindada por la dirección

Interpretación

Se observa que en la dimensión de seguridad brindada por la dirección el 15.7% considera que es excelente, el 28.4% muy bueno, el 27.5% bueno, el 23.5% aceptable y el 4.9% pobre.

3.1.4. Descripción de los resultados de la dimensión seguridad desde la comunicación en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 11.

Distribución de niveles, frecuencia y porcentajes de la dimensión seguridad desde la comunicación.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pobre	9	8,8	8,8	8,8
Aceptable	8	7,8	7,8	16,7
Bueno	12	11,8	11,8	28,4
Muy bueno	25	24,5	24,5	52,9
Excelente	48	47,1	47,1	100,0
Total	102	100,0	100,0	

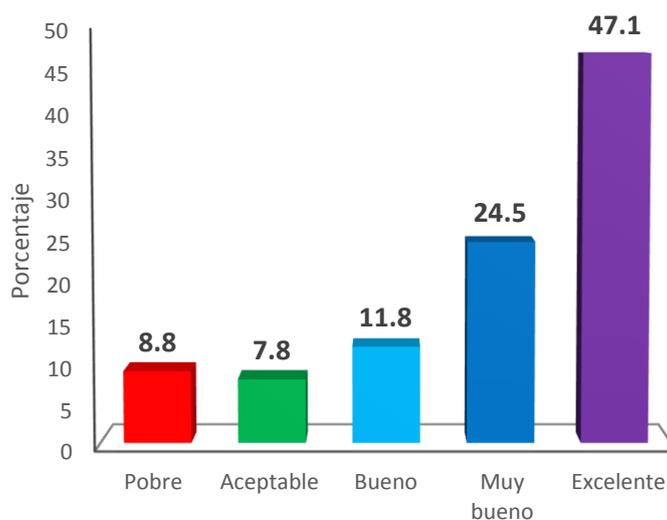


Figura 4. Distribución porcentual de la dimensión seguridad desde la comunicación.

Interpretación

Se observa que en la dimensión de seguridad desde la comunicación el 47.1% considera que es excelente, el 24.5% muy bueno, el 11.8% bueno, el 7.8% aceptable y el 8.8% pobre.

3.1.5. Descripción de los resultados de la dimensión frecuencia de sucesos notificados en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 12.

Distribución de niveles, frecuencia y porcentajes de la dimensión frecuencia de sucesos notificados.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pobre	59	57,8	57,8	57,8
Aceptable	11	10,8	10,8	68,6
Bueno	7	6,9	6,9	75,5
Muy bueno	18	17,6	17,6	93,1
Excelente	7	6,9	6,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

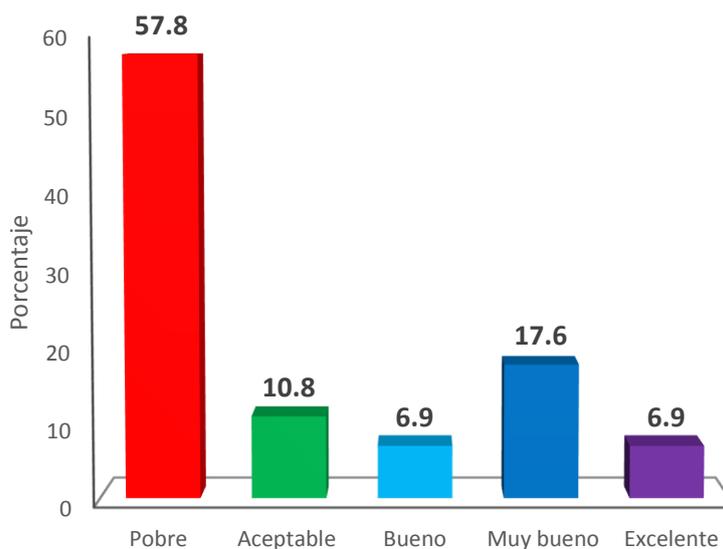


Figura 5. Distribución porcentual de la dimensión frecuencia de sucesos notificados.

Interpretación

Se observa que en la dimensión de frecuencia de sucesos notificados el 6.9% considera que es excelente, el 17.6% muy bueno, el 6.9% bueno, el 10.8% aceptable y el 57.8% pobre.

3.1.6. Descripción de los resultados de la dimensión seguridad desde la atención primaria en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 13.

Distribución de niveles, frecuencia y porcentajes de seguridad desde la atención primaria.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Pobre	6	5,9	5,9	5,9
Aceptable	9	8,8	8,8	14,7
Bueno	22	21,6	21,6	36,3
Muy bueno	45	44,1	44,1	80,4
Excelente	20	19,6	19,6	100,0
Total	102	100,0	100,0	

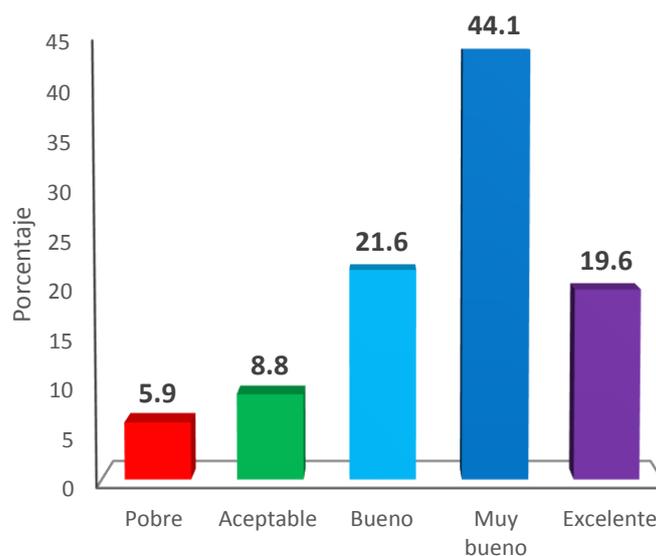


Figura 6. Distribución porcentual de la dimensión seguridad desde la atención primaria.

Interpretación

Se observa que en la dimensión de seguridad desde la atención primaria el 19.61% considera que es excelente, el 44.12% muy bueno, el 21.57% bueno, el 8.82% aceptable y el 5.88% pobre.

3.1.7 Descripción de los resultados de la variable toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 14.

Distribución de niveles, frecuencia y porcentaje de la variable toma de decisiones

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	0	0
Medio	46	45,10
Alto	56	54,90
Total	102	100

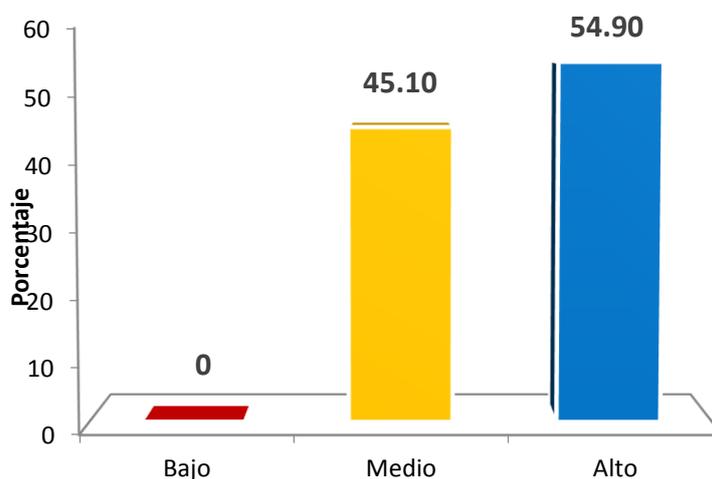


Figura 7. Distribución porcentual de la variable toma de decisiones.

Interpretación

Se observa que el 54.90% de los entrevistados consideran que existe un alto nivel con respecto a la toma de decisiones y 45.10% que existe un bajo nivel.

3.1.8 Descripción de los resultados de la dimensión forma de toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 15.

Distribución de niveles, frecuencia y porcentajes de la dimensión formas de toma de decisiones.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	13	12,7	12,7	12,7
Medio	35	34,3	34,3	47,1
Alto	54	52,9	52,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

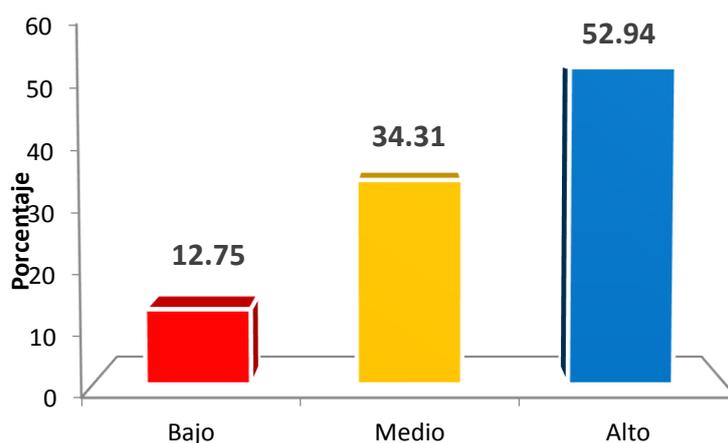


Figura 8. Distribución porcentual de la dimensión formas de toma de decisiones.

Interpretación

Se observa que el 52.94% de los entrevistados consideran que existe un alto nivel con respecto a la forma de la toma de decisiones, el 34.31% un nivel medio y el 12.75% que existe un bajo nivel.

3.1.9 Descripción de los resultados de la dimensión proceso de toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 16.

Distribución de niveles, frecuencia y porcentajes de la dimensión proceso de toma de decisiones.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Bajo	12	11,76	11,76	11,76
Medio	25	24,51	24,51	36,3
Alto	65	63,73	63,73	100,0
Total	102	100,0	100,0	

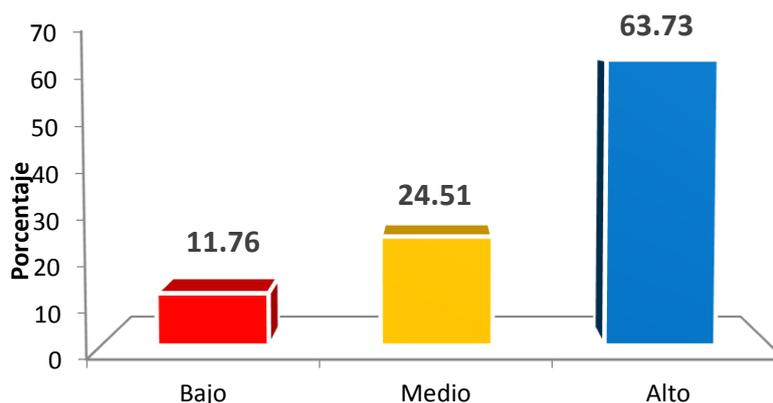


Figura 9. Distribución porcentual de la dimensión proceso de toma de decisiones.

Interpretación

Se observa que el 63.73% de los entrevistados consideran que existe un alto nivel con respecto al proceso de toma de decisiones, el 24.51% un nivel medio y el 11.76% que existe un bajo nivel.

3.1.10 Descripción de los resultados de la relación cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 17.

Distribución de frecuencias y porcentajes de la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones

		Cultura de seguridad del paciente				Total	
		Pobre	Aceptable	Bueno	Excelente		
Toma de decisiones	Medio	Recuento	6	16	22	2	46
		% del total	5,9%	15,7%	21,6%	2,0%	45,1%
	Alto	Recuento	0	3	27	26	56
		% del total	,0%	2,9%	26,5%	25,5%	54,9%
Total	Recuento	6	19	49	28	102	
	% del total	5,9%	18,6%	48,0%	27,5%	100,0%	

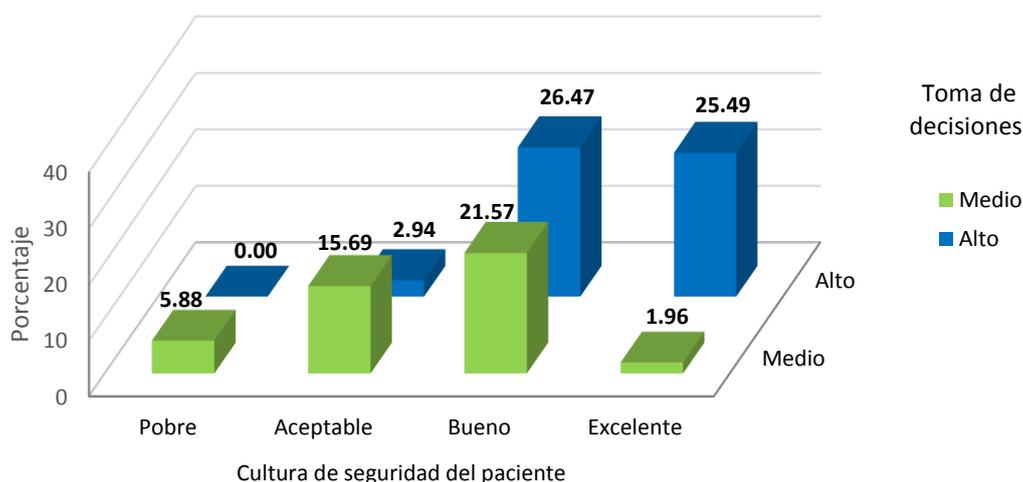


Figura 10. Distribución porcentual de la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones

Interpretación

De la tabla 17 y figura 10, se observa que existe un grupo representativo del 26.47% que cultura de seguridad paciente representa un nivel bueno en relación a la toma de decisiones. Sobre la toma de decisiones cruzada con la cultura de seguridad del paciente se observa que para la cultura de seguridad del paciente el 26.47% es excelente, el 48% es bueno, 5.9% es pobre

De los resultados descriptivos presentados en la tabla 15 y figura 8 se interpreta que la relación entre las variables es positiva.

3.1.10 Descripción de los resultados de la relación seguridad en el área y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 18.

Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión seguridad en el área de trabajo según la toma de decisiones.

			Seguridad en el área de trabajo					Total
			Pobre	Aceptable	Bueno	Muy bueno	Excelente	
Toma de decisiones	Medio	Recuento	1	13	21	11	0	46
		% del total	1,0%	12,7%	20,6%	10,8%	,0%	45,1%
	Alto	Recuento	0	0	16	21	19	56
		% del total	,0%	,0%	15,7%	20,6%	18,6%	54,9%
Total	Recuento	1	13	37	32	19	102	
	% del total	1,0%	12,7%	36,3%	31,4%	18,6%	100,0%	

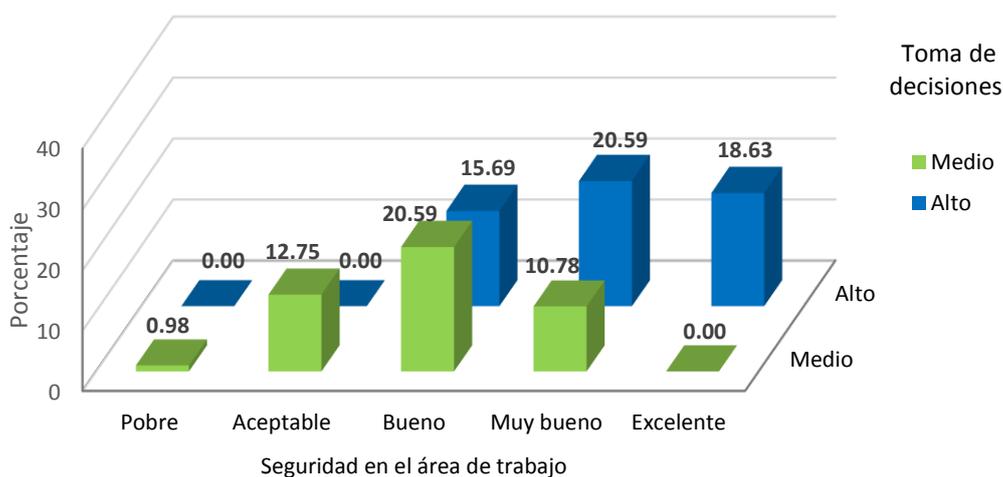


Figura 11. Distribución porcentual de la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones

Interpretación

Sobre la seguridad en el área de trabajo del paciente y la toma de decisiones, en la tabla 18 y figura 11 se observa que para la toma de decisiones el 20.59% presenta un nivel alto y para el 20.59% es medio.

De los resultados descriptivos presentados en la tabla 18 y figura 11 se interpreta que la relación entre las variables es positiva.

3.1.11 Descripción de los resultados de la relación seguridad brindada por la dirección y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 19.

Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión seguridad brindada por la dirección y toma de decisiones

			Seguridad brindada por la dirección					
			Pobre	Aceptable	Bueno	Muy bueno	Excelente	Total
Toma de decisiones	Medio	Recuento	5	20	8	10	3	46
		% del total	4,9%	19,6%	7,8%	9,8%	2,9%	45,1%
	Alto	Recuento	0	4	20	19	13	56
		% del total	,0%	3,9%	19,6%	18,6%	12,7%	54,9%
Total	Recuento	5	24	28	29	16	102	
	% del total	4,9%	23,5%	27,5%	28,4%	15,7%	100,0%	

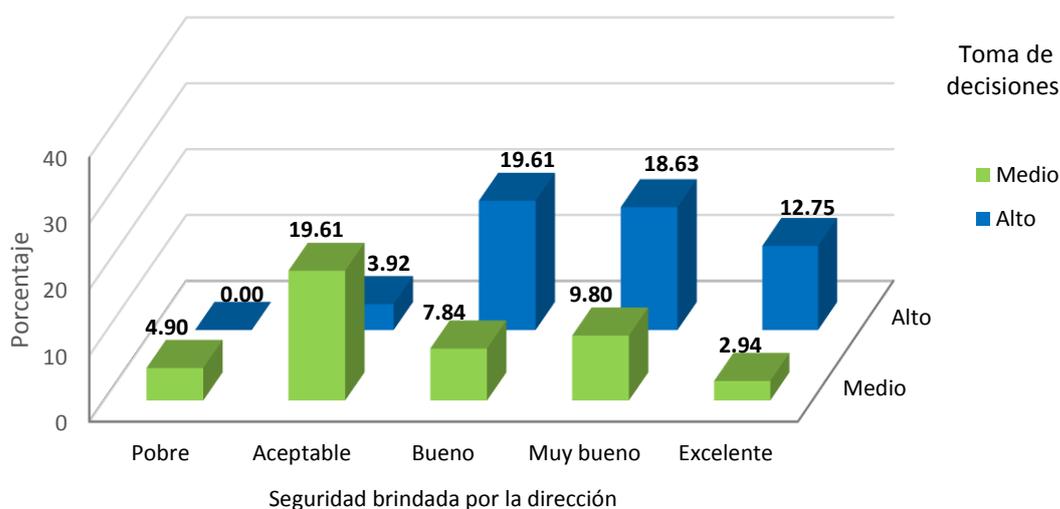


Figura 12. Distribución porcentual de la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones

Interpretación

Sobre la toma de decisiones cruzadas con la seguridad brindada desde la dirección, en la tabla 19 y figura 12 se observa que para la toma de decisiones el 19.61% presenta un nivel alto y para el 19.61% es medio.

De los resultados descriptivos presentados en la tabla 18 y figura 12 se interpreta que la relación entre las variables es positiva.

3.1.12 Descripción de los resultados de la relación seguridad desde la comunicación y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 20.

Distribución de frecuencia y porcentajes de la dimensión seguridad desde la comunicación y toma de decisiones

			Seguridad desde la comunicación					Total
			Pobre	Aceptable	Bueno	Muy bueno	Excelente	
Toma de decisiones	Medio	Recuento	8	6	11	16	5	46
		% del total	7,8%	5,9%	10,8%	15,7%	4,9%	45,1%
	Alto	Recuento	1	2	1	9	43	56
		% del total	1,0%	2,0%	1,0%	8,8%	42,2%	54,9%
Total	Recuento	9	8	12	25	48	102	
	% del total	8,8%	7,8%	11,8%	24,5%	47,1%	100,0%	

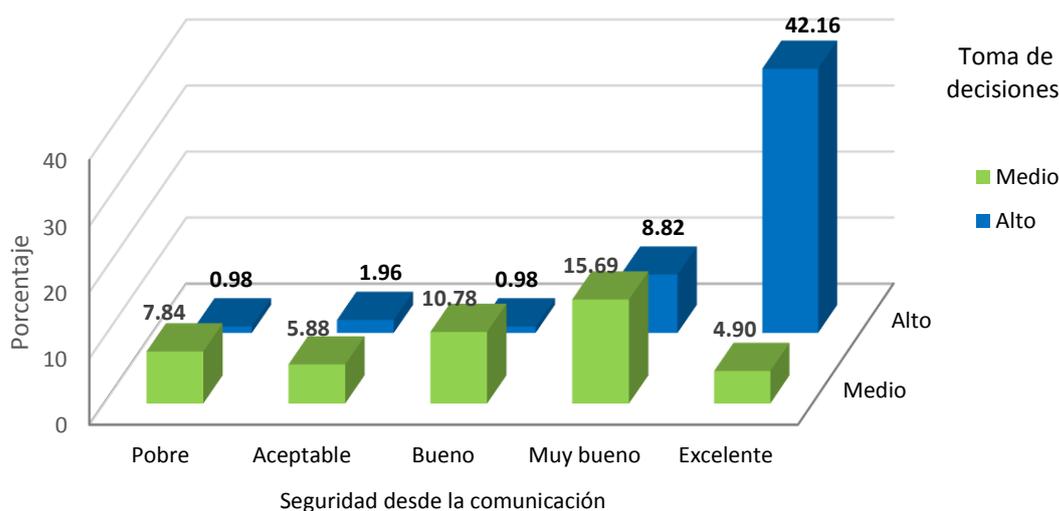


Figura 13. Distribución porcentual de la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones

Interpretación

Sobre la tabla 20 y figura 13 se observa que para la seguridad desde de la comunicación representa el 42.16% en nivel excelente, y para la toma de decisiones el 15.69% es de nivel medio

De los resultados descriptivos presentados en la tabla 19 y figura 13 se interpreta que la relación entre las variables es positiva.

3.1.13 Descripción de los resultados de la relación frecuencia de sucesos notificados y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 21.

Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión frecuencia de sucesos notificados y toma de decisiones

			Frecuencia de sucesos notificados					
			Pobre	Aceptable	Bueno	Muy bueno	Excelente	Total
Toma de decisiones	Medio	Recuento	27	4	7	6	2	46
		% del total	26,5%	3,9%	6,9%	5,9%	2,0%	45,1%
	Alto	Recuento	32	7	0	12	5	56
		% del total	31,4%	6,9%	,0%	11,8%	4,9%	54,9%
Total	Recuento	59	11	7	18	7	102	
	% del total	57,8%	10,8%	6,9%	17,6%	6,9%	100,0%	

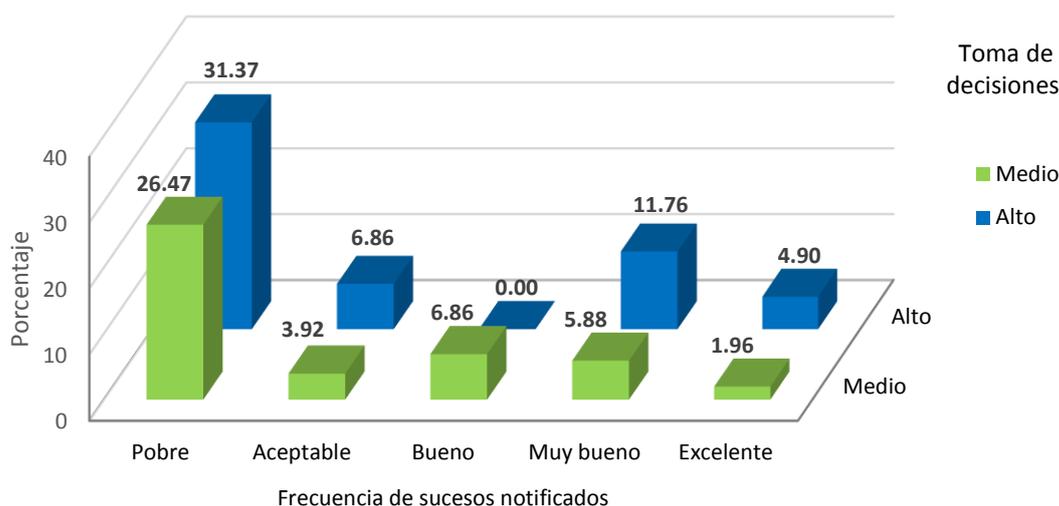


Figura 14. Distribución porcentual de frecuencia de sucesos notificados y la toma de decisiones

Interpretación

Sobre la tabla 21 y figura 14 se observa que para la frecuencia de sucesos notificados el 31.37% es de nivel pobre y para la toma de decisiones el 26.47%, también es de nivel pobre.

De los resultados descriptivos presentados en la tabla 20 y figura 14 se interpreta que la relación entre las variables es negativa.

3.1.14 Descripción de los resultados de la relación seguridad desde la atención primaria y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 22.

Distribución de frecuencias y porcentajes de la dimensión seguridad desde la atención primaria y la toma de decisiones

			Seguridad desde la atención primaria					Total
			Pobre	Aceptable	Buena	Muy buena	Excelente	
Toma de decisiones	Medio	Recuento	6	9	14	14	3	46
		% del total	5,9%	8,8%	13,7%	13,7%	2,9%	45,1%
	Alto	Recuento	0	0	8	31	17	56
		% del total	,0%	,0%	7,8%	30,4%	16,7%	54,9%
Total	Recuento	6	9	22	45	20	102	
	% del total	5,9%	8,8%	21,6%	44,1%	19,6%	100,0%	

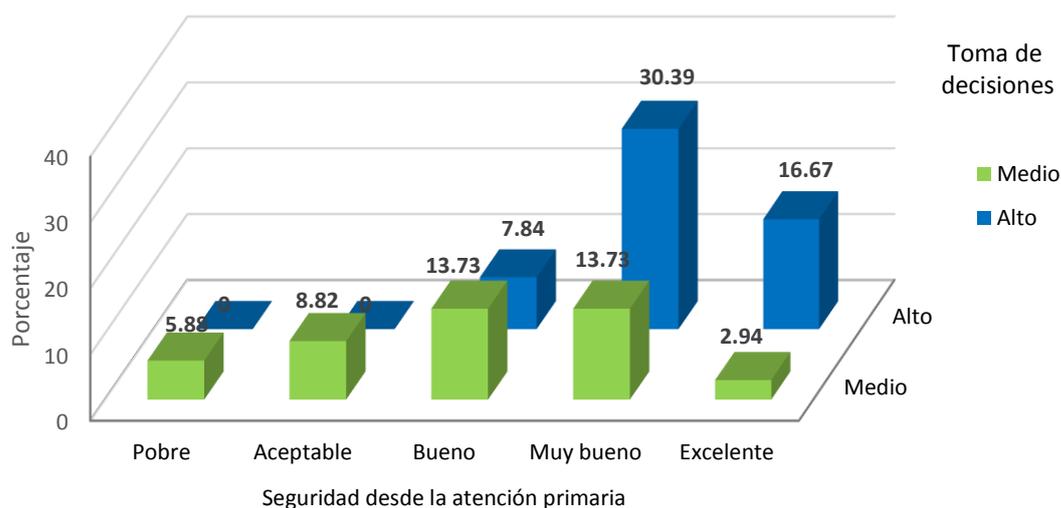


Figura 15. Distribución porcentual de seguridad desde la atención primaria y la toma de decisiones

Interpretación

Sobre la tabla 22 y figura 15 se observa que para la seguridad de la atención primaria representa el 30.39% lo indica un nivel alto, y sobre la toma de decisiones 13.73% representa un nivel medio.

De los resultados descriptivos presentados en la tabla 21 y figura 15 se interpreta que la relación entre las variables es positiva.

3.2 Contrastación de la Hipótesis

Hipótesis General:

H₀: La cultura de seguridad del paciente no tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

H_a: La cultura de seguridad del paciente tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 23.

Significancia y correlación entre la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones

		Total_toma_d ecisiones	Total_cultura_seguridad _paciente
	Total_toma_decisiones	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,534**
Rho de			,000
Spearman	Total_cultura_seguridad_ paciente	N	102
		Coeficiente de correlación	102
		Sig. (bilateral)	,534**
		,000	.
		N	102
			102

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

De la tabla 23: se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,05$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la cultura de seguridad del paciente tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del coeficiente de correlación rho Spearman $=0,534$, indica que la correlación es moderada

Hipótesis específicas

Hipótesis específica 1:

H₀: La seguridad en el área de trabajo no tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

H_a: La seguridad en el área de trabajo tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 24.

Significancia y correlación entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones

		Total_toma_d ecisiones	Total_seguridad_area _trabajo
Rho de	Total_toma_decisiones	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,655**
		N	,000
Spearman	Total_seguridad_area_tra bajo	Coeficiente de correlación	102
		Sig. (bilateral)	,655**
		N	,000
			102

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

De la tabla 24: se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que 0,01 por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la seguridad en el área de trabajo tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del coeficiente de correlación rho Spearman = 0,655, indica que la correlación es moderada

Hipótesis específica 2:

H₀: La seguridad brindada por la dirección no tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía en el Hospital Dos de Mayo, 2017.

H_a: La seguridad brindada por la dirección tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía en el Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 25.

Significancia y correlación entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones

		Total_toma_d ecisiones	Total_Seguridad_brindada _dirección
Rho de Spearman	Total_toma_decisiones	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,562**
		N	102
Spearman	Total_Seguridad_brindada_dirección	Coeficiente de correlación	,562**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	102

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

De la tabla 25: se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,01$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la seguridad brindada por la dirección tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del coeficiente de correlación rho Spearman = $0,562$, indica que la correlación es moderada.

Hipótesis específica 3:

H₀: La seguridad desde la comunicación no tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

H_a: La seguridad desde la comunicación tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 26.

Significancia y correlación de la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones

		Total_toma_d ecisiones	Total_Seguridad_comunic ación
Rho de Spearman	Total_toma_decisiones	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 102
	Total_Seguridad_comuni cación	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,752** ,000 102
			,752** 1,000 102

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

De la tabla 26: se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que 0,01 por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la seguridad desde la comunicación tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del coeficiente de correlación rho Spearman = 0,752, indica que la correlación es alta.

Hipótesis específica 4:

H₀: La frecuencia de sucesos notificados no tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

H_a: La frecuencia de sucesos notificados tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 27.

Significancia y correlación entre la frecuencia de sucesos notificados y toma de decisiones

		Total_toma_d	frecuencia_sucesos
		ecisiones	_notificados
Rho de	Total_toma_decisiones	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,011
Spearman		N	102
	frecuencia_sucesos	Coeficiente de correlación	,011
	_notificados	Sig. (bilateral)	,912
		N	102

Interpretación

De la tabla 27: se observa que el valor de $p = 0,000$ es mayor que $0,01$ por tanto se rechaza la hipótesis altera y se acepta la hipótesis nula, es decir, la frecuencia de sucesos notificados no tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017 .

Hipótesis específica 5:

H₀: La seguridad desde la atención primaria no tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

H_a: La seguridad desde la atención primaria tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.

Tabla 28.

Significancia y correlación entre la seguridad desde la Atención Primaria y la toma de decisiones

		Total_toma_d ecisiones	Total_Seguridad_Atención _ Primaria
Rho de	Total_toma_decisiones	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,706**
		N	102
Spearman	Total_Seguridad_Atenció n_ Primaria	Coeficiente de correlación	,706**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	102

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

De la tabla 28: se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,01$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la seguridad desde la atención primaria tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del coeficiente de correlación rho Spearman $=0,702$, indica que la correlación es moderada.

IV. DISCUSSION

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones de los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, tal como se observa en la tabla de correlación Rho Spearman de 0.612, lo cual indica que existe relación positiva entre las variables además, se encuentra en el nivel de correlación positiva moderada. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, el cual se concluye que existe relación positiva entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones. Al respecto Flores (2012) indica como conclusión de su estudio, que es importante tener claro si se van a tomar buenas decisiones dentro de la organización para que no influya de forma negativa hacia los integrantes, así mismo según el estudio de Giraldo y Montoya (2013) la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en los conceptos y paradigmas, que requiere mejorar algunas prácticas del personal de la salud, como el concepto de jerarquización, la respuesta punitiva al error, la comunicación, las relaciones entre áreas de trabajo, el proceso entre los cambios de turno, el liderazgo y compromiso de alta dirección, entre otros, los cuales permitan mejorar la cultura del reporte de eventos adversos y entender la seguridad como un asunto de responsabilidad compartida

Con respecto a la hipótesis específica¹, se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,01$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la seguridad en el área de trabajo tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del coeficiente de correlación rho Spearman $=0,655$, indica que la correlación es moderada. Se concluye que existe relación positiva entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones. Soria (2012), menciona dentro de sus resultados que las fortalezas identificadas fueron el ambiente de trabajo 70% y la percepción de una buena comunicación en los pasajes de sala un 76% . Las debilidades u oportunidades de mejora detectadas fueron la recarga de trabajo elevada 86% . También en base a la teoría de AHRQ (2004) menciona que la percepción de estar trabajando comprometiendo la seguridad, refiriéndose dos de ellos a causas concretas como son el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos

existentes para evitar errores en la asistencia, son factures muy importantes para un adecuada calidad de atención.

Asimismo con relación a la hipótesis específica 2, se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,01$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la seguridad brindada por la dirección tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del coeficiente de correlación rho Spearman $=0,562$, indica que la correlación es moderada. Según Alvarado (2012) El sistema de gestión el cual nace desde la dirección y altos niveles se utilizará para promover y apoyar una cultura de seguridad a través de proporcionar los medios para que la organización apoye a individuos y equipos para llevar a cabo sus tareas de manera segura y con éxito, teniendo en cuenta la interacción entre los individuos, la tecnología y la organización.

También con relación al a hipótesis específica 3, se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,01$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la seguridad desde la comunicación tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del coeficiente de correlación rho Spearman $=0,752$, indica que la correlación es alta. Al respecto el según Soria (2012) el cual define que la comunicación de los eventos adversos es prioritaria y un desafío urgente.

Asimismo con relación al a hipótesis específica 4, se observa que el valor de $p = 0,000$ es mayor que $0,01$ por tanto se rechaza la hipótesis altera y se acepta la hipótesis nula, es decir, la frecuencia de sucesos notificados no tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017. De acuerdo a Alvarado (2012) Los errores en la atención de los pacientes pueden originarse tanto en el entorno biopsicosocial del personal que presta el servicio de salud, como en otros agentes involucrados como pueden ser la infraestructura y la tecnología, no involucrando a la toma de decisiones como un factor.

Finalmente con relación a la hipótesis específica 5, se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,01$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la seguridad desde la atención primaria tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del coeficiente de correlación rho Spearman $=0,702$, indica que la correlación es moderada. También Alvarado (2012) menciona en su investigación que la seguridad es una responsabilidad compartida con los líderes, que deben mejorar la confianza y fortalecer la comunicación, base de una cultura de seguridad positiva y proactiva capaz de evidenciar el impacto que tienen los errores en la salud.

V. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Primera: Se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,01$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la cultura de seguridad del paciente tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del coeficiente de correlación rho Spearman $=0,534$, indica que la correlación es moderada

Segunda: Se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,01$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la seguridad en el área de trabajo tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del coeficiente de correlación rho Spearman $=0,655$, indica que la correlación es moderada

Tercera: Se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,01$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la seguridad brindada por la dirección tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del coeficiente de correlación rho Spearman $=0,562$, indica que la correlación es moderada.

Cuarto: Se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que $0,01$ por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la seguridad desde la comunicación tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del

coeficiente de correlación rho Spearman =0,752, indica que la correlación es alta.

Quinto: Se observa que el valor de $p = 0,000$ es mayor que 0,01 por tanto se rechaza la hipótesis altera y se acepta la hipótesis nula, es decir, la frecuencia de sucesos notificados no tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017 .

Sexto: Se observa que el valor de $p = 0,000$ es menor que 0,01 por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna (hipótesis del investigador), es decir, la seguridad desde la atención primaria tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, dado el valor del coeficiente de correlación rho Spearman =0,702, indica que la correlación es moderada.

VI. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Primero: Mejorar el proceso de toma de decisiones, para garantizar que tomen la adecuada decisión, en función de que se active de manera eficaz el consenso de tal modo que se potencialice el trabajo optimizando a la vez la permanencia de buenas relaciones interpersonales a fin de lograr con mayor efectividad los objetivos y metas de la institución.
- Segundo: Asumir formas de decisiones grupales y programadas como una de las herramientas o estrategia efectivas desarrolladas por los gerentes con estilos de liderazgos participativos para tomar decisiones acertadas optando por el consenso de alternativas para la solución exitosa de problemas y situaciones de que pudiesen suscitarse o ameriten tratamiento en las organizaciones de salud.
- Tercero: Implementar en la institución de salud, programas de educación continua, para mantener al personal actualizado y motivado, favoreciendo la mejora en la toma de decisiones y también evitar el incremento de eventos adversos que van en contra de la seguridad.
- Cuarto: Desarrollar investigaciones, en los diferentes servicios con el propósito de contar con mayores evidencias y bases teóricas que nos permitan conocer cuál es la situación real de la toma de decisiones y cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud, ya que no se encontraron trabajos de investigación sobre este tema.

V. REFERENCIAS

REFERENCIAS

- AHQR *Agency for Healthcare Reserch 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>
- Chiavenato, I. (2000). *Introducción a la teoría General de la Administración*. 2da Edición. Bogotá Editorial McGraw-Hill Interamericana, S.A.
- Chiavenato, I. (1999) *Administración de Recursos Humanos*. Bogotá. Editorial Mc Graw Hill
- Chiavenato, I (2009) .*Gestión del Talento Humano*. México: Editorial Mc. Graw – Hill.
- Fajardo DG, Rodríguez SJ, Arboleya CH, Rojano FC, Hernández TF y Santacruz VJ. *Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de salud*. Cir Cir 2010; 78: 527-532
- Fajardo,G., Rodríguez, J.,& Arboleya, A.. (2010). *Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud*. Academia Mexicana de Cirugía. Recuperado de : <http://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>
- Hernández, R; Fernández, C y Bautista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 4ta Edición, México Editorial Mc Graw Hill..
- Ministerio de Sanidad y Política Social. *Cultura de la Seguridad del Paciente en Hospitales del Sistema Nacional de Salud Español*. (2009). Recuperado en:http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf
- Robbins, Steven (2005). *Las Organizaciones*. México Mc Graw Hill.

Robbins, Steven (2008). *Comportamiento Organizacional*. 3ª edición. México. Editorial Pearson. Educación Perntice Hall.

Robbins, Steven. y Coulter, Mary (2005). *Administración*. Octava edición. México. Ediciones Pearson Prentice Hall.

Roqueta Egea Fermí, Tomás Vecina Santiago, Chanovas Borrás Manel R.(2012). España. *Estudio de investigación sobre la "Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español"*. Recuperado de :http://www.semes.org/revista/vol24_3/11.pdf

Organización Mundial de la Salud- OMS. (2008). *La Cirugía Segura salva Vidas*. octubre, 2015, de OMS. Recuperado de: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf

ANEXOS

Anexo 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES				
VARIABLE : TOMA DE DECISIONES							
Problema General:	Objetivo General:	Hipótesis General	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE VALORES	RANGO
¿Cuál es la relación que existe entre toma de decisiones y Cultura de Seguridad del Paciente en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017?	Determinar la relación que existe entre toma de decisiones y Cultura de Seguridad del Paciente en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017	La cultura de seguridad del paciente tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.	Formas de toma de decisiones	Programadas No programadas Individual En grupo	1,2 3,4 5,6 7, 8	Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)	Nivel bajo [19 - 50] Nivel Medio [51 - 81] Nivel Alto [82 – 95]
			Proceso de toma de decisiones	Establecimiento de consenso Identificación de problemas Selección de alternativas Desarrollo de alternativas Evaluación de alternativas Implementación de la decisión	9,10 11,12 13,14 15,16 17,18 19	Nunca (1) Casi Nunca (2) Algunas veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)	Nivel bajo [19 - 50] Nivel Medio [51 - 81] Nivel Alto [82- 95]

Problemas Específicos	Objetivos específicos:	Hipótesis Específica	VARIABLE	CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE			
Problema Especifico 1	Objetivos especifico 1	Hipótesis Específica 1	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE VALORES	NIVEL Y RANGO
¿Cuál es la relación que existe entre la toma de decisiones y la Seguridad en el área de trabajo en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017?	Determinar la relación que existe entre la toma de decisiones y la Seguridad en el área de trabajo en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017	La seguridad en el área de trabajo tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.	Seguridad en el área de trabajo	Medio ambiente de trabajo adecuado condiciones de salud y seguridad	1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10, 11,12,13, 14,15,16, 17,18	Totalmente en desacuerdo (1) en desacuerdo (2) ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) de acuerdo (4) totalmente de acuerdo(5)	Pobre [18-33] Aceptable [34-49] Bueno [50-65] Muy Bueno [66-81] Excelente [82-90]
Problema específico 2 ¿Cuál es la relación que existe entre la toma de decisiones y la Seguridad brindada por la Dirección en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017?	Objetivo Especifico 2 Determinar la relación que existe entre la toma de decisiones y la Seguridad brindada por la Dirección en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017	Hipótesis Específica 2 La seguridad brindada por la dirección tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía en el Hospital Dos de Mayo, 2017	Seguridad brindada por la Dirección	clima de trabajo	19,20,21, 22	Totalmente en desacuerdo (1) en desacuerdo (2) ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) de acuerdo (4) totalmente de acuerdo(5)	Pobre [3-5] Aceptable [6-8] Bueno [9-11] Muy Bueno [12-14] Excelente [15]
Problema específico 3 ¿Cuál es la relación que existe entre la toma de decisiones y la Seguridad desde la Comunicación en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017?	Objetivo Especifico 3 Determinar la relación que existe entre la toma de decisiones y la Seguridad desde la Comunicación en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017	Hipótesis Específica 3 La seguridad desde la comunicación tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.	Seguridad desde la comunicación	Información de los errores y cambios	23,24,25 26,27,28	Totalmente en desacuerdo (1) en desacuerdo (2) ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) de acuerdo (4) totalmente de acuerdo(5)	Pobre [6-11] Aceptable [12-17] Bueno [18-23] Muy Bueno [24-25] Excelente [26-30]

Problema específico 4 ¿Cuál es la relación que existe entre la toma de decisiones y la frecuencia de sucesos notificados en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017?	Objetivo Especifico 4 Determinar la relación que existe entre la toma de decisiones y la frecuencia de sucesos notificados en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.	Hipótesis Especifica 4 La frecuencia de sucesos notificados tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.	Frecuencia de sucesos notificados	Información oportuna de los incidentes adversos	29,30,31	Totalmente en desacuerdo (1) en desacuerdo (2) ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) de acuerdo (4) totalmente de acuerdo(5)	Pobre [3-5] Aceptable [6-8] Bueno [9-11] Muy Bueno [12-14] Excelente [15]
Problema específico 5 ¿Cuál es la relación que existe entre la toma de decisiones y la Seguridad desde la Atención Primaria en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017?	Objetivo Especifico 5 Determinar la relación que existe entre toma de decisiones y la Seguridad desde la Atención Primaria en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.	Hipótesis Especifica 5 La seguridad desde la atención primaria tiene relación positiva y significativa con la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017.	Seguridad desde la atención primaria	Apoyo mutuo, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo	32,33,34,35,36,37,38,39,40,41,42,	Totalmente en desacuerdo (1) en desacuerdo (2) ni de acuerdo ni en desacuerdo (3) de acuerdo (4) totalmente de acuerdo(5)	Pobre [11-20] Aceptable [21-29] Bueno [30-41] Muy Bueno [42-51] Excelente [52-55]
METODOLOGIA							
TIPO DE INVESTIGACION	Básica						
METODO	Descriptivo						
DISEÑO	No Experimental						
ALCANCE	Descriptivo correlacionar						
POBLACION	140						
MUESTRA	102						
MUESTREO	probabilístico						



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Escuela de Posgrado

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Lima, 22 de mayo de 2017

Carta P. 219 – 2017 EPG – UCV LE

Señor(a)

Rosario Kiyohara Okamoto

Hospital Nacional Dos de Mayo

Atención:

Directora General

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **FLOR DE MARIA VERGARA GUEVARA** identificado(a) con DNI N.º **42355611** y código de matrícula N.º **7000951534**; estudiante del Programa de **Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud** quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

"Toma de decisiones y cultura de seguridad del paciente en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017"

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda desarrollar su investigación.

Con este motivo, le saluda atentamente,



Dr. Raúl Delgado Arenas

Jefe de la Escuela de Posgrado – Campus Lima Este

JPMR

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a)(ita):

..... Dr. HUGO PRADO LOPEZ

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de MAESTRIA EN GESTION DE LA SALUD de la UCV, en la sede San Juan de Lurigancho aula 704 B, requerimos validar los instrumentos con los cuales recogeremos la información necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y con la cual optaremos el grado de Maestría en Gestión de la Salud.

El título nombre de nuestra tesis de investigación es: Toma de decisiones y Cultura de seguridad del paciente en los servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo 2017, y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, hemos considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas de investigación científica.

El expediente de validación, que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.



Firma

Apellidos y nombre: Bach Flor de María Vergara Guevara

D.N.I.:42355611

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE Y DIMENSIONES

Variable: TOMA DE DECISIONES

Según Richard Daft (1997) la toma de decisiones organizacionales se define formalmente como el proceso de identificar y resolver problemas. El proceso contiene dos etapas principales. En la fase de identificación del problema se vigila la información sobre las condiciones ambientales y organizacionales, para determinar si el desempeño es satisfactorio y para diagnosticar la causa de las insuficiencias. La solución del problema tiene lugar cuando se consideran cursos alternativos de información y se selecciona e implanta una opción.

DIMENSIONES DE LA VARIABLE TOMA DE DECISIONES

Dimensión 1: Formas de toma de decisiones

Destaca Daft y Marcic (2006, p. 102), se considera una forma de tomar decisiones “como una opción entre varias alternativas que se presentan para resolver una situación”; a este fin se distinguen las decisiones fundamentales de las incrementales o parciales; serán fundamentales las decisiones sobre el “qué”, “cómo” y “por qué” de la visión compartida o proyecto general, el enunciado de los propósitos educacionales, la selección de necesidades prioritarias, la selección de estrategias para atender las necesidades, por lo que estas deben ser el fruto del consenso .

Dimensión 2: Proceso en la toma de decisiones

El proceso de decisión para Robbins y Coulter (2006, p. 139), se caracteriza “por una situación de conflicto, la decisión se registra con el objeto de ponerle término de conflicto (el cual provoca tensión y necesidad de solución)” y en las circunstancias en que la decisión debe ser tomada en un determinado punto de secuencia temporal de los acontecimientos que se susciten en la organización. Visto de este modo, las organizaciones para crecer, generar la calidad En salud y permanecer en el proceso de toma de decisiones, deben tener muy claro hacia dónde van, a quién van dirigidos los objetivos y las metas, es decir haber definido su direccionamiento tanto de la misión como de la visión institucional.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: TOMA DE DECISIONES

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Formas de toma de decisiones	Programadas No programadas	Toma las decisiones de acuerdo con alguna regla institucional previamente acordada.	Ordinal
	Individual	Analiza las directrices organizacionales para canalizar la toma de decisiones en una dirección concreta.	
	Programadas No programadas	<p>Sigue un modelo de toma de decisión para generar una solución específica de un problema en concreto</p> <p>Toma las decisiones especificando los rendimientos que se esperan.</p>	
	Individual	<p>Toma decisiones propias ante situaciones que ameriten pronto tratamiento</p> <p>Suele tomar decisiones sin la consulta del personal al momento de planificar los objetivos institucionales.</p> <p>Permite plantear al personal alternativas para tomar decisiones.</p>	
	Establecimiento de consenso	<p>Analiza las decisiones que han de tomar para encausar las acciones programadas en la institución con el personal.</p> <p>Programa el trabajo en equipo para optimizar las relaciones interpersonales</p> <p>Promueve el esclarecimiento del dialogo en situaciones de conflicto.</p>	
	Identificación de problemas	Identifica los problemas para orientar las situaciones generales en la cotidianidad de la organización. .	
	Selección de alternativas	<p>Involucra un conjunto de actividades para identificar los problemas</p> <p>Se basa en la intuición lógica para estimar el curso de la acción en la selección de las alternativas.</p>	
	Desarrollo de alternativas	<p>Estudia las alternativas para la selección de la más idónea según la situación planteada</p> <p>Permite la participación activa del personal en el planteamiento de las alternativas para la solución de un problema presentado.</p>	

		<p>Evalúa las alternativas para realizar las correcciones en los casos necesarios.</p> <p>Evalúa los logros alcanzados para tomar nuevas decisiones</p> <p>Planifica el sistema de implantación de la decisión conjuntamente con el personal a fin de asegurar el éxito en el desarrollo de la alternativa seleccionada.</p> <p>Las decisiones de la organización se delegan totalmente a los equipos de trabajo.</p>	
Evaluación de alternativas			
Implementación de la decisión			

Fuente: Elaboración propia.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE TOMA DE DECISIONES

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION FORMAS DE TOMA DE DECISIONES							
1	Toma las decisiones de acuerdo con alguna regla institucional previamente acordada.	/		/		/		
2	Analiza las directrices organizacionales para canalizar la toma de decisiones en una dirección concreta.	/		/		/		
3	Sigue un modelo de toma de decisión para generar una solución específica de un problema en concreto	/		/		/		
4	Toma las decisiones especificando los rendimientos que se esperan.	/		/		/		
5	Toma decisiones propias ante situaciones que ameriten pronto tratamiento	/		/		/		
6	Suele tomar decisiones sin la consulta del personal al momento de planificar los objetivos institucionales.	/		/		/		
7	Permite plantear al personal alternativas para tomar decisiones.	/		/		/		
8	Analiza las decisiones que han de tomar para encausar las acciones programadas en la institución con el personal.	/		/		/		
9	Programa el trabajo en equipo para optimizar las relaciones interpersonales	/		/		/		
10	Promueve el esclarecimiento del dialogo en situaciones de conflicto.	/		/		/		
	DIMENSION PROCESO DE TOMA DE DECISIONES							
11	Permite la participación activa del personal en el planteamiento de las alternativas para la solución de un problema presentado.	/		/		/		
12	Identifica los problemas para orientar las situaciones generales en la cotidianidad de la organización.	/		/		/		
13	Involucra un conjunto de actividades para identificar los problemas.	/		/		/		
14	Se basa en la intuición lógica para estimar el curso de la acción en la selección de las alternativas.	/		/		/		
15	Estudia las alternativas para la selección de la más idónea según la situación planteada	/		/		/		
16	Evalúa las alternativas para realizar las correcciones en los casos necesarios.	/		/		/		
17	Evalúa los logros alcanzados para tomar nuevas decisiones	/		/		/		
18	Planifica el sistema de implantación de la decisión conjuntamente con el personal a fin de asegurar el éxito en el desarrollo de la alternativa seleccionada.	/		/		/		
19	Verifica los resultados conseguidos para buscar una nueva información que será útil para implementar una decisión.	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg: Dr. PABLO LOPEZ HUGO DNI: 43313069

Especialidad del validador:.....

06 Mayo de del 2017

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo



Firma del Experto Informante.
Especialidad

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

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE Y DIMENSIONES

Variable: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

La agencia para la investigación y calidad en salud de los Estados Unidos, Agency For Healthcare Research And Quality (AHRQ), ha definido la cultura de la seguridad como: "el producto de los valores individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente."

DIMENSIONES DE LA VARIABLE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Dimensión 1: Seguridad en el Área de Trabajo

Dirigido a medir si se tiene o no la percepción de estar trabajando comprometiendo la seguridad, refiriéndose dos de ellos a causas concretas como son el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos existentes para evitar errores en la asistencia. (AHRQ, 2004)

Dimensión 2: Seguridad brindada por la dirección

Representan la percepción que se tiene sobre la importancia que se da a la seguridad del paciente por parte de los jefes de servicio y supervisores. (AHRQ, 2004)

Dimensión 3: Seguridad desde la comunicación

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 errores en los cambios que se han implementado y modos de prevenir errores.
(AHRQ, 2004)

Dimensión 4: Frecuencia de sucesos notificados

Hacen referencia a la percepción de la frecuencia de notificación de tres tipos de eventos o errores que no llegan a producir efectos adversos (descubiertos y corregidos antes, que podrían haber causado daño pero no lo hicieron, y que previsiblemente no producirían daño). (AHRQ, 2004)

Dimensión 5: Seguridad desde la Atención Primaria

Percepción de la atención sanitaria que minimiza riesgos y daños a los usuarios desde el primer momento de la atención. (AHRQ, 2004)

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

Variable: ASIGNACION PRESUPUESTARIA

Dimensiones	indicadores	ítems	Escala
Seguridad en el área de trabajo	Medio ambiente de trabajo adecuado	El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad	
		Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	
		Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo	
		En esta unidad, el personal se trata con respeto	
		El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	
	condiciones de salud y seguridad	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	
		Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente	
		El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	
		Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	
		Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.	
Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	Ordinal		
Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.			
Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.			
Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente			

		<p>La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.</p> <p>Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.</p> <p>La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.</p> <p>Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.</p> <p>Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.</p> <p>Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.</p> <p>Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.</p> <p>Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.</p> <p>Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.</p> <p>El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.</p>	
<p>Seguridad brindada por la Dirección</p>	<p>clima de trabajo</p>		
<p>Seguridad desde la comunicación</p>	<p>Información de los errores y cambios</p>	<p>Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.</p> <p>El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.</p> <p>En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.</p> <p>El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.</p>	
<p>Frecuencia de sucesos notificados</p>	<p>Información de los eventos adversos</p>	<p>Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, es notificado</p> <p>Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, es notificado</p> <p>Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, es notificado</p>	

<p>Seguridad desde la atención primaria</p>	<p>Apoyo mutuo, se tratan entre sí con respeto y trabajan conjuntamente como un equipo</p>	<p>En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.</p> <p>Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.</p> <p>La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.</p> <p>Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.</p> <p>A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno</p> <p>En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.</p> <p>Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.</p> <p>Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.</p> <p>La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.</p> <p>Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.</p> <p>Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro</p>
--	--	---

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

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ^{a1}		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN SEGURIDAD EN EL ÁREA DE TRABAJO							
1	El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad	/		/		/		
2	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	/		/		/		
3	Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo	/		/		/		
4	En esta unidad, el personal se trata con respeto	/		/		/		
5	El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	/		/		/		
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	/		/		/		
7	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente	/		/		/		
8	El personal siente que sus errores son utilizados en su contra	/		/		/		
9	Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	/		/		/		
10	Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.	/		/		/		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	/		/		/		
12	Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.	/		/		/		
13	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	/		/		/		
14	Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente	/		/		/		
15	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	/		/		/		
16	Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	/		/		/		
17	En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	/		/		/		
18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	/		/		/		
	DIMENSIÓN SEGURIDAD BRINDADA POR LA DIRECCION	Si	No	Si	No	Si	No	
19	Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	/		/		/		
20	Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	/		/		/		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Se hay suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. / Mg: Dr. PRADO LOPEZ HUGO DNI: 43313069

Especialidad del validador: Neotobolop

06 Mayo del 2017



Firma del Experto Informante.

Especialidad

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

Anexo 05

CUESTIONARIO DE TOMA DE DECISIONES

Edad: Sexo:

Profesión: Medico Enfermera Tec. Enfermería

Condición laboral: Nombrado Contratado

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca del tema TOMA DE DECISIONES Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE, y le llevará unos 10 minutos completarla. Sus respuestas son anónimas, por lo que le solicitamos que conteste todas. Para ello debe responder con una (X) de acuerdo a la siguiente Escala:

Nunca	1		Totalmente en desacuerdo	1
Casi Nunca	2		En Desacuerdo	2
Algunas veces	3		Ni de acuerdo Ni en Desacuerdo	3
Casi siempre	4		De Acuerdo	4
Siempre	5		Totalmente de Acuerdo	5

	N	CN	AV	CS	S
PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1. Toma las decisiones de acuerdo con alguna regla institucional previamente acordada.					
2. Analiza las directrices organizacionales para canalizar la toma de decisiones en una dirección concreta.					
3. Sigue un modelo de toma de decisión para generar una solución específica de un problema en concreto					
4. Toma las decisiones especificando los rendimientos que se esperan.					
5. Toma decisiones propias ante situaciones que ameriten pronto tratamiento					
6. Suele tomar decisiones sin la consulta del personal al momento de planificar los objetivos institucionales.					
7. Permite plantear al personal alternativas para tomar decisiones.					
8. Analiza las decisiones que han de tomar para encausar las acciones programas en la institución con el personal.					
9. Programa el trabajo en equipo para optimizar las relaciones interpersonales					
10. Promueve el esclarecimiento del dialogo en situaciones de conflicto.					
11. Identifica los problemas para orientar las situaciones generales en la cotidianidad de la organización.					
12. Involucra un conjunto de actividades para identificar los problemas.					
13. Se basa en la intuición lógica para estimar el curso de la acción en la selección de las alternativas.					
14. Estudia las alternativas para la selección de la más idónea según la situación planteada					

15. Permite la participación activa del personal en el planteamiento de las alternativas para la solución de un problema presentado.					
16. Evalúa las alternativas para realizar las correcciones en los casos necesarios.					
17. Evalúa los logros alcanzados para tomar nuevas decisiones					
18. Planifica el sistema de implantación de la decisión conjuntamente con el personal a fin de asegurar el éxito en el desarrollo de la alternativa seleccionada.					
19. Verifica los resultados conseguidos para buscar una nueva información que será útil para implementar una decisión.					

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

	TD	D	ND	DA	TA
PREGUNTAS	1	2	3	4	5
1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad					
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo					
4. En esta unidad, el personal se trata con respeto					
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.					
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente					
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente					
8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra					
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.					
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.					
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.					
12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.					
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.					
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente					
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.					
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.					
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.					
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.					
19. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.					

20. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.					
21. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.					
22. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.					
23. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.					
24. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.					
25. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.					
26. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
27. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.					
28. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.					
29. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, es notificado					
30. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, es notificado					
31. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, es notificado					
32. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
33. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos.					
34. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro.					
35. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos.					
36. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.					
37. 37. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades.					
38. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro.					
39. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.					
40. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.					
41. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.					
42. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro.					

ARTICULO CIENTIFICO

1. TÍTULO

Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017.

2. AUTOR

Br. Flor de María Vergara Guevara

3. RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo 2017.

Dentro del marco metodológico, el método empleado fue hipotético deductivo, es un estudio tipo descriptivo. El diseño es no experimental y de corte transversal. Con una población de 140 y muestra de 102 personal de salud, siendo evaluando ambas variables a través de 2 cuestionarios respectivamente. El primer cuestionario empleado fue para la evaluar la toma de decisiones y el segundo instrumento por la Agencia para la investigación y calidad en salud (AHRQ siglas en ingles).

En cuanto a la variable toma de decisiones se observó que el 54.90% de los entrevistados consideran que existe un alto nivel con respecto a la toma de decisiones y 45.10% que existe un bajo nivel. Con respecto a la variable cultura de seguridad del paciente se observó que el 27.45% de los entrevistados consideran que existe una excelente cultura de seguridad del paciente, el 48.04% bueno, el 18.63% aceptable y el 5.88% considera que es pobre. Se aplicó la correlación Rho Spearman de ambas variables donde se determinó que

existe una relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo 2017, presentando una correlación regular positiva ($r=0.612$) al 95% de confianza.

Conclusiones: se determinó que existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo 2017, logrando alcanzar el objetivo general.

4. PALABRAS CLAVE

Palabras claves: toma de decisiones, cultura, seguridad de pacientes, notificación eventos adversos

5. ABSTRACT

The objective of this research is to determine the relationship between decision making and culture of patient safety in surgery from Hospital Nacional Dos de Mayo 2017.

Within the methodological framework, the method used was hypothetical deductive, is a descriptive study. The design is not experimental and cross-sectional. With a population of 140 and sample of 102 health workers, still evaluating both variables through 2 questionnaires respectively. The first employee questionnaire was to evaluate the decision-making and the second instrument by the Agency for research and quality in health (AHRQ acronym in English).

Conclusions: it was determined that there is a significant relationship between the decision-making and the culture of patient safety in surgery from the National Hospital Dos de Mayo 2017 services, attaining the general goal.

6. KEYWORDS

Keywords: decision making, culture, patient safety, reporting adverse events

7. INTRODUCCIÓN

Actualmente, nuestra sociedad orienta a los gerentes y profesionales de la salud, no solo a ser aptos en el desempeño de sus puestos, también para que pueden administrar de manera óptima los recursos de la organización. Los mismos constituyen una parte fundamental en la organización ya que son los encargados de tomar las decisiones más importantes que determinaran el desempeño de la misma y sobre ella para brindar una atención de calidad al usuario de la salud. Por esta razón, sus decisiones deben tomarse de forma correcta y para lograrlo es necesario que consideren la importancia que se tiene para influir de manera positiva sobre la conducta y cultura del personal de la institución a fin de tener una buena calidad de atención.

La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo, se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital.

Según estudios de IBEAS (2013), realizó un reporte de 5 hospitales: Cayetano Heredia, Santa Rosa, Grau , Rebagliati y Dos de mayo, encontrando un 39,6% en eventos adversos relacionados con infección nosocomial, un (28%) en eventos adversos relacionado con un procedimiento, el (8%) relacionados con la medicación y un (6,9%) relacionado con los cuidados.

Según las estadísticas del Hospital Nacional Dos de Mayo (2013), reportan también que la seguridad del paciente tienen que ver directamente con

los eventos adversos, los cuales están relacionado con la prescripción médica (18%), relacionado a la falta de comunicación (15%). También refiere que solo el 15% del personal notifican eventos adversos, a diferencia que el 50% de los eventos son notificados por los pacientes en el libro de reclamaciones de Su Salud.

Los problemas de seguridad del paciente y la toma de decisiones deficientes, hacen que los objetivos planeados en la organización de salud no sean alcanzados o repercutan en una mala calidad de atención. Dichos problemas se presentan en el los servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo, los trabajadores regularmente se quejan de la carencia crónica de medios de protección, malas relaciones interpersonales, problemas de actitud y valores en sus miembros, dichos problema afectan la calidad de atención que los servicios puedan ofrecer. Frente a esta realidad se plantea la pregunta de investigación ¿Cuál es la relación que existe entre la toma la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017?, cuyo objetivo es determinar la relación entre ambas variables.

8. METODOLOGÍA

El método empleado en este estudio fue hipotético deductivo. Es un tipo de estudio básico. También es de tipo correlacional porque busca encontrar la relación entre las dos variables de estudio. La investigación es de diseño no experimental, de corte transversal, también es no experimental.

La población está conformada por todos los médicos, enfermeras y personal técnico de los seis servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo los cuales suman 140. La muestra estará conformada por 102 sujetos. Para la recolección

de datos se empleó la técnica de la encuesta, se usaron como instrumentos 1 cuestionario para cada variable. Como el enfoque es cuantitativo se elaboró la base de datos para ambas variables con los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos de medición para luego ser procesados mediante el análisis descriptivo e inferencial usando el programa SPSS y el Excel 2010.

9. RESULTADOS

En cuanto a la variable toma de decisiones se observa que el 54.90% de los entrevistados consideran que existe un alto nivel con respecto a la toma de decisiones y 45.10% que existe un nivel medio.

En cuanto a la variable Cultura de Seguridad de paciente se observa que el 27.45% de los entrevistados consideran que existe una excelente cultura de seguridad del paciente, el 48.04% bueno, el 18.63% aceptable y el 5.88% considera que es pobre.

En cuanto a la hipótesis general entre toma de decisiones y la Cultura de Seguridad del Paciente en los Servicios de Cirugía del Hospital Dos de Mayo en el año 2017, presenta una correlación regular positiva ($r=0.612$) al 95% de confianza.

10. DISCUSIÓN

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Dos de Mayo, 2017, tal como se observa en la tabla de correlación Rho Spearman de 0.612, lo cual indica que existe relación positiva entre las variables además, se encuentra en el nivel de correlación positiva regular. Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, el cual se concluye que existe relación positiva entre la toma de decisiones y la cultura de seguridad del paciente. Al respecto Flores (2012) indica como conclusión de su estudio, que

es importante tener claro si se van a tomar buenas decisiones dentro de la organización para que no influya de forma negativa hacia los integrantes, así mismo según el estudio de Giraldo y Montoya (2013) la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en los conceptos y paradigmas, que requiere mejorar algunas prácticas del personal de la salud, como el concepto de jerarquización, la respuesta punitiva al error, la comunicación, las relaciones entre áreas de trabajo, el proceso entre los cambios de turno, el liderazgo y compromiso de alta dirección, entre otros, los cuales permitan mejorar la cultura del reporte de eventos adversos y entender la seguridad como un asunto de responsabilidad compartida

Con respecto a la hipótesis específica¹, se aprecia en la tabla los resultados estadísticos en cuanto al grado de correlación Rho Spearman presentando una correlación regular positiva $r=0.670$. Dado que $p\text{-valor} = 0,00 < 0,01$, entonces existe evidencia estadística suficiente para rechazar la hipótesis nula. Se concluye que existe relación positiva entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones. Soria (2010), menciona dentro de sus resultados que las fortalezas identificadas fueron el ambiente de trabajo 70% y la percepción de una buena comunicación en los pasajes de sala un 76%. Las debilidades u oportunidades de mejora detectadas fueron la recarga de trabajo elevada 86%. También en base a la teoría de AHRQ (2004) menciona que la percepción de estar trabajando comprometiendo la seguridad, refiriéndose dos de ellos a causas concretas como son el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos existentes para evitar errores en la asistencia, son factores muy importantes para una adecuada calidad de atención.

Asimismo con relación a la hipótesis específica 2, valores adoptados se aprecia en la tabla los resultados en cuanto al grado de correlación Rho Spearman es de $r=0.596$, el cual indica que existe relación positiva entre las variables además se encuentra en el nivel de correlación positiva moderada y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.01$ (altamente significativo), se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis general; se concluye que: existe relación entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones. Según Alvarado (2011) El sistema de gestión el cual nace desde la dirección y altos niveles se utilizará para promover y apoyar una cultura de seguridad a través de proporcionar los medios para que la organización apoye a individuos y equipos para llevar a cabo sus tareas de manera segura y con éxito, teniendo en cuenta la interacción entre los individuos, la tecnología y la organización.

También con relación al a hipótesis específica 3, se aprecia en la tabla los resultados en cuanto al grado de correlación Rho Spearman de $r=0.734$. Indica que existe relación positiva entre las variables además se encuentra en el nivel de correlación positiva moderada y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.01$ (altamente significativo), se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis general; se concluye que: existe relación entre la la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones, el cual se sustenta según Soria (2010) el cual define que la comunicación de los eventos adversos es prioritaria y un desafío urgente.

Asimismo con relación al a hipótesis específica 4, se aprecia en la tabla los resultados en cuanto al grado de correlación Rho Spearman de $r=0.003$, donde Indica que no existe relación positiva entre las variables y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.01$, se acepta la hipótesis nula y se concluye que no existe una relación entre toma de decisiones y la frecuencia de sucesos notificados del Paciente. De acuerdo a Alvarado (2011) Los errores en la atención de los pacientes pueden originarse tanto en el entorno biopsicosocial del personal que presta el servicio de salud, como en otros agentes involucrados como pueden ser la infraestructura y la tecnología, no involucrando a la toma de decisiones como un factor.

Finalmente con relación al a hipótesis específica 5, se aprecia en la tabla los resultados en cuanto al grado de correlación Rho Spearman de $r=0.759$ indica que existe relación positiva entre las variables además se encuentra en el nivel de correlación positiva moderada y siendo el nivel de significancia bilateral $p=0.000<0.01$ (altamente significativo), se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis general; se concluye que: que existe una relación estadísticamente significativa entre toma de decisiones y la Seguridad desde la atención primaria del Paciente. También Alvarado (2011) menciona en su investigación que la seguridad es una responsabilidad compartida con los líderes, que deben mejorar la confianza y fortalecer la comunicación, base de una cultura de seguridad positiva y proactiva capaz de evidenciar el impacto que tienen los errores en la salud.

11. CONCLUSIONES

Primera: se encontró que existe relación estadísticamente significativa entre cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del hospital dos de mayo en el año 2017, presentando una correlación regular positiva 0.612.

Segunda: se halló una relación estadísticamente significativa entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del hospital dos de mayo en el año 2017, presentando una regular positiva 0.670.

Tercera: se encontró una relación estadísticamente significativa entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones del paciente en los servicios de cirugía del Hospital Dos de mayo en el año 2017, presentando una correlación regular positiva $r=0.596$.

Cuarto: se encontró una relación estadísticamente significativa entre la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del hospital dos de mayo en el año 2017, presentando una correlación positiva 0.734.

Quinto: se halló que no existe relación entre la frecuencia de sucesos notificados del paciente y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del hospital dos de mayo en el año 2017, presentando una correlación nula 0.003.

Sexto: se encontró que existe una relación estadísticamente significativa entre la seguridad desde la atención primaria y la toma de decisiones en los servicios de cirugía del hospital dos de mayo en el año 2017, presentando una correlación moderada positiva 0.759.

12. REFERENCIAS

AHQR *Agency for Healthcare Reserch 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>

Chiavenato, I. (2000). *Introducción a la teoría General de la Administración*. 2da Edición. Bogotá Editorial McGraw-Hill Interamericana, S.A.

Chiavenato, I. (1999) *Administración de Recursos Humanos*. Bogotá. Editorial Mc Graw Hill

Chiavenato, I (2009) .*Gestión del Talento Humano*. México: Editorial Mc. Graw – Hill.

Fajardo DG, Rodríguez SJ, Arboleya CH, Rojano FC, Hernández TF y Santacruz VJ. *Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de salud*. Cir Cir 2010; 78: 527-532

Fajardo,G., Rodríguez, J.,& Arboleya, A.. (2010). *Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud*. Academia Mexicana de Cirugía. Recuperado de : <http://www.redalyc.org/pdf/662/66220323010.pdf>

Hernández, R; Fernández, C y Bautista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. 4ta Edición, México Editorial Mc Graw Hill..

Ministerio de Sanidad y Política Social. *Cultura de la Seguridad del Paciente en Hospitales del Sistema Nacional de Salud Español*. (2009). Recuperado en:http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf

Robbins, Steven (2005). *Las Organizaciones*. México Mc Graw Hill.

Robbins, Steven (2008). *Comportamiento Organizacional*. 3ª edición. México. Editorial Pearson. Educación Perntice Hall.

Robbins, Steven. y Coulter, Mary (2005). *Administración*. Octava edición. México. Ediciones Pearson Prentice Hall.

Roqueta Egea Fermí, Tomás Vecina Santiago, Chanovas Borrás Manel R.(2012). España. *Estudio de investigación sobre la "Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español"*. Recuperado de :http://www.semes.org/revista/vol24_3/11.pdf

Organización Mundial de la Salud- OMS. (2008). *La Cirugía Segura salva Vidas*. octubre, 2015, de OMS. Recuperado de: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf