



**ESCUELA DE POSGRADO**  
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna  
San Borja y Sanna El Golf 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:**  
**Maestra en gestión de los servicios de la salud**

**AUTORA:**

Br. Rosa Yvonne Llagas Farro

**ASESORA:**

Dra. Tamara Pando Ezcurra

**SECCIÓN:**

Ciencias médicas

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de la atención en enfermería

**PERÚ – 2017**

## Página de Jurado

---

Dra. Gliria Susana Mendez Ilizarbe  
Presidente

---

Dra. Jessica Palacios Garay Secretaria  
secretario

---

Dra. Tamara Pando Ezcurra Vocal  
vocal

### **Dedicatoria**

A mi abuela quien me dio ejemplo de fortaleza y ha sido mi mayor motivación para no rendirme.

A mi familia porque fomentaron en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

Yvonne.

### **Agradecimiento**

A la clínica por permitirme ser parte de esta gran familia San Borjina y poder desarrollar mis conocimientos.

## Declaración de Autoría

Yo, Rosa Yvonne Llagas Farro, estudiante de la Escuela profesional de Posgrado, de la Universidad César Vallejo, sede/filial Lima Norte; declaro que el trabajo académico titulado “Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf 2017”, presentado en folios para la obtención del grado académico profesional de maestra en Gestión de los servicios de la salud es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

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

Lima, 26 de mayo del 2017

---

Rosa Yvonne Llagas Farro

DNI: 15726044

## Presentación

Señores miembros del Jurado:

Presento ante ustedes la tesis titulada “Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf 2017” de conformidad con los lineamientos técnicos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, para obtener el Grado de Magister en Gestión de los servicios de la salud.

La presente investigación tuvo como objetivo comparar la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras en las Clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf. El trabajo mencionado consta de los siguientes capítulos: El primer capítulo, referido a los antecedentes, marco teórico, el cual abarca las, diferentes teorías de la variables en estudio, justificación, planteamiento y formulación del problema, hipótesis y objetivos. El segundo capítulo, marco metodológico, donde se presentan las variables, metodología, la población y la muestra, los instrumentos utilizados y el método de análisis de datos. El tercer capítulo, se presentan los resultados: descriptivos y contrastación de hipótesis. La discusión, las conclusiones deducidas del análisis estadístico de los datos, así como las sugerencias y los aportes que permitirán justificar la presente investigación.

Por lo expuesto señores miembros del jurado, recibo con beneplácito vuestros aportes y sugerencias, a la vez deseo sirva de aporte a quién desea continuar un estudio de esta naturaleza.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

## Índice

	<b>Pág.</b>
Página del Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	xii
Abstract	xiii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	
1.1. Antecedentes	15
1.2. Fundamentación científica, técnica o humanística	20
1.3. Justificación	37
1.4. Problema	39
1.5. Hipótesis	41
1.6. Objetivos	41
<b>II. MARCO METODOLÓGICO</b>	
2.1. Variables	44
2.2. Operacionalización de variables	45
2.3. Metodología	45
2.4. Tipos de estudio	46
2.5. Diseño	46
2.6. Población, muestra y muestreo	47
2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	49
2.8. Métodos de análisis de datos	51
2.9. Aspectos éticos	52
<b>III. RESULTADOS</b>	53
<b>IV. DISCUSIÓN</b>	67
<b>V. CONCLUSIONES</b>	73

<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	75
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	77
<b>ANEXOS</b>	82
Anexo A. Matriz de Consistencia	
Anexo B. Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente	
Anexo C. Confiabilidad de la variable cultura de seguridad del paciente	
Anexo D. Base de datos	
Anexo E. Validación de Expertos	
Anexo F. Artículo científico	



### Lista de tablas

	Pág.	
Tabla 1	Matriz de operacionalización de la variable cultura de seguridad del paciente	45
Tabla 2	Población representativa de las clínicas Sanna 2017	51
Tabla 3	Validez de contenido del instrumento de competencias por juicio de expertos	51
Tabla 4	Análisis de consistencia de la variable cultura de seguridad del paciente	51
Tabla 5	Escalas y baremos de la variable cultura de seguridad del paciente	51
Tabla 6	Niveles de cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja	54
Tabla 7	Niveles de cultura de seguridad de su servicio/unidad del paciente de la clínica Sanna San Borja	55
Tabla 8	Niveles de cultura de seguridad paciente en su seguridad a nivel de toda la clínica San Borja	56
Tabla 9	Niveles de cultura de seguridad de su unidad /servicio de la clínica Sanna San Borja	57
Tabla 10	Niveles de cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna Golf	58
Tabla 11	Niveles de cultura de seguridad del paciente de su resultado de la cultura de la clínica Sanna Golf	59
Tabla 12	Niveles de cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica de la clínica Sanna Golf	60
Tabla 13	Niveles de cultura de seguridad de su servicio/unidad de la clínica Sanna Golf	61
Tabla 14	Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica San Borja y Sanna Golf	60
Tabla 15	Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su resultado de la	

	cultura seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf	61
Tabla 16	Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su clínica en las clínicas Sanna San Borja y Sanna Golf	64
Tabla 17	Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de seguridad del paciente en su servicio/unidad de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf	65

**Lista de figuras**

		Pág.
Figura 1	Niveles de cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja	54
Figura 2	Niveles de cultura de seguridad de su servicio/unidad del paciente de la clínica Sanna San Borja	55
Figura 3	Niveles de cultura de seguridad paciente en su seguridad a nivel de toda la clínica San Borja	56
Figura 4	Niveles de cultura de seguridad de su unidad /servicio de la clínica Sanna San Borja	57
Figura 5	Niveles de cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna Golf	58
Figura 6	Niveles de cultura de seguridad del paciente de su resultado de la cultura de la clínica Sanna Golf	59
Figura 7	Niveles de cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica de la clínica Sanna Golf	60
Figura 8	Niveles de cultura de seguridad de su servicio/unidad de la clínica Sanna Golf	61

## Resumen

El título de la investigación fue Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf, el objetivo general del presente trabajo fue comparar la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf del servicio de medicina y cirugía 2017.

El estudio fue de tipo sustantiva, de nivel explicativo con un diseño no experimental transversal, descriptivo comparativo, la población estuvo conformada por 35 personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y 35 personal de enfermería de la clínica Sanna El Golf., la técnica que se utilizo fue la encuesta con un cuestionario fue cultura de seguridad del paciente versión española de agency for healthcare research and quality- AHRQ (2009). Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS, versión 22. Se utilizaron frecuencia, figuras, prueba de kolgomorov-Smirnov para probar la normalidad de los datos de la muestra, se aplicó la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney.

Se concluye que existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017; ya que el nivel de significancia calculada es  $p < .05$  y U de Mann Whitney es de 90,500.

**Palabras clave:** Cultura, seguridad del paciente, personal de enfermería.

## Abstract

The title of the research was Culture of patient safety at Sanna San Borja and Sanna Golf Clinics, the general objective of this study was to compare the safety culture of the patient in the nursing staff of the clinics Sanna San Borja and Sanna Golf del Medical surgery service 2017.

The study was of a substantive type, with an explanatory level with a non-experimental cross-sectional, comparative descriptive design. The population consisted of 35 nursing staff from the Sanna San Borja clinic and 35 nursing staff from the Sanna Golf clinic. Was used was the survey with a questionnaire was safety culture of the patient Spanish version of agency for healthcare research and quality- AHRQ (2009). SPSS version 22 was used for data processing. Frequencies, figures, kolgomorov-Smirnov test were used to test the normality of the sample data, non-parametric U-Mann-Whitney test was used.

It is concluded that there are significant differences between the culture of patient safety in the nursing staff of the clinic Sanna San Borja and Sanna Golf, 2017; Since the calculated level of significance is  $p < .05$  and Mann Whitney U is 90,500.

**Key words:** Culture, patient safety, nursing staff.

## **I. Introducción**

## 1.1. Antecedentes

### Antecedentes internacionales

Erazo, Pabón, Choque y Arroyo (2016) en su investigación titulada “*Nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de COOEMSSANAR IPS sede Túquerres durante el primer trimestre del año 2016*”, tuvieron como objetivo la percepción de cultura de seguridad del paciente en COOEMSSANAR IPS – sede Túquerres durante el primer trimestre del año 2016. La investigación fue descriptiva de corte transversal, con una muestra de 30 empleados. Se concluyó : En cuanto a la actividad del desarrollo operacional revela que hay menor desempeño de trabajo en grupo y regulación entre sí, pero se vislumbra que el desempeño del trabajo se está desarrollando con responsabilidades, propiedades principales cuando se atiende en salud, con cualidades y defensa Es claro que los profesionales de salud no han asumido una posición crítica y participativa frente a las exigencias de condiciones laborales aptas para prestar una atención en salud adecuada , revela que hay un dificultoso hacia los conceptos principales de las labores profesionales afirmando en las cansadas labores y muchas horas de trabajo como contestan las personas en cuestión. Se visualiza que los trabajadores muestran una resistencia en los avisos de hechos negativos, son desinteresados dañar a pacientes, esto deja ver que la mayoría de los profesionales de salud no están comprometidos con un reporte oportuno. Hay bajos niveles de comunicación entre el área administrativa y asistencial convirtiéndose en un impedimento para lograr crear un ambiente de confianza y seguridad . Las generaciones de cultura de protección es un elemento muy importante en los centros que dan servicio de salud de modo que se necesita laborar en grupo, en beneficio para todos.

López, Puentes y Ramírez (2016) en su investigación titulada *Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta* , tuvieron como meta es describir la cultura de seguridad del paciente en un hospital de primer nivel de Villeta , Cundinamarca, Colombia, del 18 al 29 de enero de 2016, aplicando la encuesta HSOPSC de la AHRQ traducida al español. El estudio fue de carácter descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 81 empleados. El resultado muestra fuerza como la educación

organizativa cuando la gerencia muestra ayuda para desarrollar al enfermo. Las capacidades escogidas como ocasiones de mejoría fue la cultura no punitiva, el trabajador. Se determinó que el trabajador percibe como positivo el desarrollo de mejora y ayuda de la gerencia también sentía que era juzgado si reportaba algún evento adverso.

Chalapú y Cuascota (2014) en su investigación titulada "*Percepción del personal de enfermería del hospital "Dr. Carlos del Pozo Melgar" en el Cantón Muisne Provincia de Esmeraldas, sobre cultura de seguridad del paciente, junio 2013 a julio 2014"*", tuvo como objetivo determinar la idea de los trabajadores de enfermería de cultura de seguridad del paciente en el hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar. El tipo de la investigación fue observación descriptiva-exploratorio, diseño no experimental, con una muestra de 18 personas. Se concluyó: Los trabajadores que laboran en esta unidad de salud son insuficientes y la mayoría de las personas afirmaron que las deficiencias del personal los obligan a laborar mayor tiempo y con una mayor cantidad de trabajo . La capacidad eficiente que el trabajador siente que su jefe, posiblemente está dominado por ser una entidad pequeña. El trabajador no guarda información con relación a la protección del paciente, El trabajador de enfermería no envía informes de actos negativos, es decir que en el Hospital Carlos del Pozo Melgar no dispone de un sistema de notificación. En cuanto al tiempo que el personal de enfermería trabaja en esta institución, hay un grupo considerable que trabaja menos de cinco años, lo que también ocasiona que la experiencia y conocimiento en Cultura son diversos.

Turcios (2014) en su investigación titulada *Percepción de la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños* , tuvo como meta apreciar percibir de cultura de protección del paciente entre los profesionales del Hospital Militar Escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños en el año 2014. Este estudio consistió en realizar una encuesta, "Cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en el hospital" a 685 profesionales del hospital. De los productos sacados, se aprecia que las magnitudes apreciadas de forma positiva por los trabajadores, son las que se relacionan con las labores en grupo en centros médicos, el conocimiento organizado y mejoras continuas. Sin embargo, hay una calificación



desfavorecedora en cuanto a la Respuesta no punitiva a errores, apertura comunicativa existente y a la composición de la fuerza de trabajo . Se concluyó: De acuerdo a las propiedades sociodemográficas de los sondeos, la apreciación de protección clínica que se logró deferencia importante y de valor referencial. La dimensiones más importantes para las instituciones es el aprender coordinar y la menor respuesta punitiva a fallas, las magnitudes se utilizan para fomentar y oportunidades en la mejora de la protección del paciente. Se reconoce como las mayor fortaleza los actos que se desarrollaron rápidamente para mejora del paciente; la ayuda, consideración y cooperación laborando en conjunto y la disposición de la gerencia para desarrollar un ámbito de seguridad. Se identifica como oportunidades promover una cultura institucional educativa y no punitiva frente al reporte de eventos adversos, mejorar la comunicación entre jefes y subordinados y mejorar la inadecuada dotación de personal para prestar una atención sanitaria de manera segura .

Giraldo y Montoya (2013) en tu investigación titulada *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un Hospital de Antioquia Colombia , 2013*, tuvieron como objetivo determinar la educación de seguridad del enfermo en un nosocomio de Antioquia, basado en la percepción del personal asistencial y administrativo, vinculado a La Fundación Hospital Santa Isabel de San Pedro de los Milagros en Antioquia (HSI). El estudio fue de observación de corte transaccional, en donde se tomó toda la población de trabajadores del hospital y se eligió la encuesta "Hospital Survey on Patient Safety Culture" (HSPSC). Resultados: Se encontraron similitudes entre los resultados comparativos en cuanto al apoyo de los administrativos en la seguridad del paciente (72% ambos) aprendizaje organizacional (72% AHRQ, 73% HSI), y retroalimentación y comunicación en torno al error (64% AHRQ, 61% HSI) y diferencias frente a la posición y recurso humano suficiente para garantizar la seguridad del paciente con un (22% más de AHRQ frente al HSI) , la percepción general de seguridad es de (14 % más en AHRQ que en HSI), y las acciones de los administrativos para promover la seguridad del paciente (con un 12 % más del AHRQ frente al HSI). Se encontraron debilidades y fortalezas para las que se plantearon algunas sugerencias con el fin de mejorar algunos aspectos dentro de la institución. Se concluyó: Los análisis de las informaciones evidencian que las construcciones de

la cultura de seguridad son un proceso que implican cambios en las concepciones y paradigma, que requieren mejorar algunas prácticas de los trabajadores del personal de salud, como conceptos de jerarquizaciones, las respuestas punitivas a los errores, las comunicaciones, las relaciones entre ámbitos de trabajo, los procesos entre los cambios de turnos, el liderazgo y compromiso de la más alta dirección, que posibilitan la mejora de la cultura de los reportes de eventos contrarios y comprender la seguridad como un tema de responsabilidades compartidas.

### **Antecedentes nacionales**

Alvarado (2014) en su tesis titulada “*Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval*”, se estableció de objetivo el análisis de las relaciones que pudieran establecer entre clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que existe en el centro médico naval con el propósito de generar alternativas viables que permitan desarrollar significativamente la calidad de la atención a los pacientes que concurren allí. Se tomó una muestra de 234 doctores y enfermeras. Se concluyó: El análisis correlacional entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente, indican que existen correlaciones significativas entre los totales de estas variables. El análisis de correlación entre las dimensiones del clima organizacional y las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, indican que existen correlaciones significativas y positivas . La interpretación de la relación estableció que existe relación directa y significativa entre las variables. Además se estableció que existe diferencia significativa entre comunicaciones, ambientes y condición de trabajo, dirección, cambios.

Cosavalente (2014) en su tesis titulada “*La seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de cirugía – Hospital Essalud Naylamp, Chiclayo 2013*”, tuvo como propósito la descripción y análisis de la seguridad en los cuidados de las personas hospitalizadas en el servicio de cirugía - Hospital Essalud Naylamp. Es un estudio cualitativo con estudios de casos; la muestra fue de 7 enfermeras, considerando en la triangulación de datos cuatro pacientes hospitalizados. Se utilizaron entrevista semiestructurada, previos consentimientos informados. En análisis de contenidos surgieron las siguientes categorías:

Actividades que garantizan la seguridad en el cuidado del paciente, Identificación de los eventos adversos para garantizar la seguridad en el cuidado, Notificando eventos adversos en la seguridad en el cuidado del paciente. Durante el proceso de investigación se respetaron los Principios Bioéticos de Elio Sgreccia y los Criterios de Rigor Científico. Se concluyó: Las enfermeras desarrollan actividades encaminadas a garantizar la seguridad del paciente, las cuales incluyen la aplicabilidad de la valoración de enfermería, gestión de recursos materiales, la administración correcta de medicamentos, educación durante la estancia hospitalaria y al momento del alta, considerándolo como componente de calidad en la atención de enfermería y a la vez deben estar acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad, de tal manera que permitan garantizar la seguridad del paciente. Se identificó los eventos adversos referidos por las enfermeras siendo: las complicaciones postoperatorias, caídas de los pacientes durante la estancia hospitalaria, flebitis por catéter venoso periférico, ante estas situaciones diferentes pero que en cierta medida repercute en la seguridad del paciente evidenciamos que las enfermeras en su actuar diario aplican el conocimiento científico que sustenta el cuidado, desde la correcta técnica aséptica para manipular la herida quirúrgica, hasta la educación al paciente para evitar lesiones, además comprenden al identificar los EA son el primer paso para mejorar la seguridad y la calidad del cuidado de salud que se brinda al paciente. Los profesionales emplean comunicaciones oportunas entre el personal de salud, los reportes y las notas de enfermería para las notificaciones de situaciones adversas las cuales constituyendo estrategias claves para aprender de las dificultades y evitar sus recurrencias en el cuidado a los pacientes, señalando las conciencias de los errores por las buenas voluntades para documentarlos y se ven reflejados en los elementos del estudio.

Carpio y Pesantes (2012) en su tesis titulada "*Nivel de conocimiento en seguridad del paciente en las enfermeras del hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo. 2012*", tuvieron como objetivo determinar el nivel de conocimiento en seguridad del paciente en las enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo. 2012. El método utilizado fue de tipo cuantitativa, diseño descriptivo, con una muestra de 88 enfermeras, a quienes

seles encuestó aplicando un cuestionario de 48 ítems. Se utilizaron las pruebas estadísticas SPSS 20. Se concluyeron que 81.44% tienen niveles de conocimientos bueno, 7.39% son regulares y 11.17% son deficientes.

## **1.2. Fundamentación científica, técnica o humanística**

### **Bases teóricas de la cultura de seguridad del paciente**

#### **Definición de cultura de seguridad del paciente**

Mora (2014) afirmó:

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias 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. (p. 70).

Alvarado (2014) mencionó que para la Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente:

Una cultura de seguridad es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación. Ser abierto y justo significa compartir información con los pacientes y sus familias abierta y libremente, ponderado con un tratamiento justo para el personal cuando sucede un incidente. Esto es de vital importancia tanto para la seguridad del paciente como para el bienestar de todos aquellos que proporcionan su cuidado. El enfoque de los sistemas de seguridad reconoce que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden ser simplemente vinculadas a las acciones individuales del personal sanitario involucrado.

Todos los incidentes están también relacionados con el sistema en el que las personas están trabajando. Estudiar qué es lo que falló en el sistema, ayuda a las organizaciones a aprender lecciones que pueden

minimizar las posibilidades de recurrencia del incidente. (pp. 51-52).

Por su parte, Fernández (2016) afirmó que la cultura de seguridad admite que las personas, los procesos y la tecnología pueden fallar en algún momento. El nivel cero en errores no existe, pero se deben realizar todos los esfuerzos para prevenirlos y que estos no afecten a los pacientes. Las diferentes estrategias utilizadas para reducir los errores en la asistencia sanitaria deben asumir que estos se producen, generalmente, debidos a fallos del sistema más que a incompetencia de los profesionales y que, además, son inherentes al sistema.

Mientras que Cometto, Gómez, Marcon, Zárate, De Bartoli y Falconí (2011) señalaron que la cultura de seguridad del paciente es el conjunto de características y actitudes de las organizaciones y las personas que determinan las cuestiones relacionadas con su seguridad.

De acuerdo con el Ministerio de Protección Social (2009), la “cultura de seguridad es el conjunto de valores, actitudes, percepciones y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y desempeño de una institución”.

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2009) manifestó que la cultura de seguridad del paciente constituye el primero de los 7 temas para la seguridad del paciente según el documento publicado por la NPSA de Reino Unido. Para que exista una cultura de seguridad el personal debe tener conciencia constante y activa de la posibilidad de que ocurran incidentes, ser capaces de reconocer sus errores, de comunicarlos para aprender de ellos y tomar medidas para corregirlos.

### **Definición de seguridad del paciente**

Cometto, Gómez, Marcon, Zárate, De Bartoli y Falconí (2011) definieron la seguridad del paciente como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado a la atención sanitaria, y se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas con el objetivo de simplificar los riesgos de tener eventos adversos con los procesos de atenciones a la salud de los pacientes.

En cuanto a la seguridad de los usuarios es relevante dedicar los cuidados de salud que se consideran a nivel internacional. El compromiso de seguridad de la administración se evidencia por escrito, con objetivos de seguridad, objetivo, iniciativa, estrategia, necesidad, practica, ejemplo de seguridad, monitoreos regulares y adecuados. Los compromisos del manejo de seguridades han sido identificados como factores claves que afecten los contextos de seguridad de las empresas. Barbosa (2008) señaló que es importante tener una cultura positiva de seguridad y éxitos del programa de seguridades. Ammouri (2014) manifestó que se pueden conceptualizar como las prevenciones de daños de los pacientes, previniendo las recomendaciones de desarrollo con una cultura de seguro al usuario.

### **Evolución del paradigma de la seguridad del paciente**

El modelo del queso suizo de James Reason (2000), postuló que los sanitarios padecen una enfermedad que los lleva a cometer errores; se llama condición humana, incurable e inevitable. Este modelo clasifica los errores en dos tipos: fallo activo y condición latente. El fallo activo o error humano presenta tres características fundamentales: se puede producir en cualquier etapa del proceso asistencial, suele aparecer un breve periodo de tiempo y es impredecible. Por otro lado, la condición latente es una situación que se mantiene en el tiempo dentro de las organizaciones sanitarias, que afecta al proceso asistencial durante todo el tiempo y que, por lo tanto, puede ser predecible. En cierto modo las condiciones latentes se pueden considerar como el caldo de cultivo adecuado para la proliferación de accidentes dentro de las organizaciones sanitarias cuando se conjugan dos elementos clave: el error humano y el azar. El modelo de Reason propone que, aunque las organizaciones sanitarias disponen de barreras para evitar que aparezcan accidentes (recursos materiales y humanos, políticas y procedimientos, etc.), en ocasiones el azar puede alinear los fallos activos con las condiciones latentes dando lugar a la aparición de un accidente.

Ante esto, Reason (2000) propuso considerar que los errores dentro de las organizaciones sanitarias se podrían parecer a una charca con mosquitos. Dentro de esta charca los mosquitos serían los fallos activos o error humano y el agua sería la condición latente en la que proliferan los mosquitos o fallos activos. En

este sentido, las organizaciones tienen que tomar una decisión muy importante: pueden actuar sobre los fallos activos (mosquitos) para intentar eliminarlos uno a uno o bien pueden actuar sobre la condición latente (agua) para evitar que los errores proliferen. De igual modo afirma que no se puede modificar la condición humana pero sí las condiciones en las que trabajan los humanos.

El modelo del queso de suizo de Reason (2000) permitió conocer cómo se producen los accidentes y orienta a las organizaciones sobre dónde deben dirigir los esfuerzos, todas estas estrategias en su conjunto constituyen lo que conocemos como cultura de seguridad, que viene dada por: a) conocimiento de los profesionales de la taxonomía de la seguridad del paciente; b) mantener una actitud no punitiva que facilite la declaración voluntaria de los eventos adversos, para aprender de ellos y poder prevenirlos; c) implantar recomendaciones de organizaciones de prestigio dirigidas a prevenir la aparición de eventos adversos; y, d) aplicar herramientas metodológicas para la prevención de los eventos adversos, como el AMFE y para el análisis de los sucesos centinela (eventos adversos con resultado de muerte o pérdida de función importante) con el ACR.

En lo que se conoce como nuevo paradigma, se produce una evolución de la seguridad del paciente incorporando dos elementos clave que van a ser los pilares básicos. Para Hernández, Flores, López y Ponce (2010), se trata de la participación de los pacientes y para Castolo, López y Islas (2010), la formación pregrado en seguridad.

En este sentido, la detección de los eventos adversos pasa a no ser exclusiva de los profesionales sanitarios, sino que también está en manos de los profesionales en formación y de los pacientes. Cualquiera de ellos puede ponerlo en conocimiento de la organización. En este caso las organizaciones no sólo tienen que formar a los profesionales sanitarios, sino que deben desarrollar estrategias que garanticen la formación de pregrado, del personal de nueva incorporación y los pacientes.

Por otro lado, este nuevo paradigma pretende dar un paso más en la evaluación del impacto de las estrategias que las organizaciones ponen en

marcha. En este sentido, Mora (2014) precisó que no es suficiente con definir indicadores de seguridad propios de la organización, sino que es necesario incorporarlos al cuadro de mandos de indicadores, de forma que tengan impacto sobre la gestión de la calidad de la misma.

### **Teorías y modelos de la cultura de seguridad**

Halligan y Zecevic (2011) describieron las cinco teorías y modelos más utilizados en la cultura de seguridad del paciente.

#### **Teoría de la alta confiabilidad en la organización**

Los seres humanos que operan y gestionan sistemas complejos no son lo suficientemente complejos como para poder detectar y anticiparse a los problemas generados por el propio sistema. Es necesaria una organización adecuada de las personas, los procesos y las tecnologías para poder manejar las actividades complejas y peligrosas y mejorar la fiabilidad.

#### **Modelo de madurez cultural**

La cultura de seguridad evoluciona a través de cinco niveles de madurez que van desde el menos maduro (patología) al máximo nivel de madurez (generador). Cada nivel describe la etapa de desarrollo de la cultura de seguridad. Ello puede permitir a las organizaciones diagnosticar su nivel de madurez e identificar áreas de fortaleza y debilidades, así como las acciones que se requieren para poder escalar al siguiente nivel. No se recomienda saltar ningún nivel.

#### **Modelo de estructura procesos y resultado (Donabedian)**

La organización de salud puede ser descrita en términos de estructuras, procesos y resultado. La estructura se define como condición en las que se presta atención (material, recurso humano, característica de la institución). Procesos que incluyen las actividades que se llevan a cabo para prestar la atención. Resultado como los efectos o cambio que se puede atribuir a la atención. Cada uno de los componentes son dinámicos y transaccionales y pueden influir en la seguridad.



### **Teoría organizacional**

Para entender la cultura corporativa se deben observar ciertas características clave de la organización, como el entendimiento común, el ambiente de trabajo, el lenguaje cotidiano y las actitudes que los empleados tienen en la organización.

### **Teoría de los sistemas**

El estado final de un sistema se puede alcanzar con diferentes condiciones iniciales y de diferentes maneras, por lo que organizaciones con diferentes atributos culturales pueden potencialmente alcanzar los mismos niveles de éxito en materia de seguridad.

### **Seguridad del paciente en siete pasos**

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2009), estos pasos no son una secuencia obligatoria sino que forman parte del proceso continuo de la atención sanitaria. Además, busca “desarrollar una cultura donde el personal y los pacientes sean tratados de un modo abierto y justo, donde la seguridad del paciente sea una característica principal de las políticas y sistemas sanitarios y esté presente en la mente y el trabajo de todos”. La Agencia Nacional para la Seguridad del paciente (NPSA) del Sistema Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido describió en 7 pasos la seguridad del paciente:

Desarrollar una cultura de seguridad. Crear una cultura de apertura y justicia. Los profesionales deben reconocer que son responsables sobre la seguridad del paciente y que la atención sanitaria no está exenta de riesgos, ni de la ocurrencia de errores o incidentes. Para lograr una mejora tanto de la seguridad como de la atención, dichos profesionales deben ser capaces de hablar abiertamente sobre los fallos.

Ser líder y apoyo al personal. Estableciendo un curso claro y con solidez acerca de la seguridad de los pacientes en toda la institución. Esto se basa en una buena comunicación y capacidad de respuesta. Todos los participantes deben saber cómo se proporciona la asistencia sanitaria y cuando puede mejorarse. La motivación y la formación son esenciales, se puede lograr mediante sesiones formativas y formas de incentivo a los trabajadores e ideas sugeridas

para la mejora.

Integrar su actividad en la gestión del riesgo. Desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar. Una gestión integrada significa que las lecciones aprendidas en un área de riesgo pueden ser rápidamente difundidas a otras áreas.

Promover notificación en atención primaria. Garantizando que los trabajadores puedan con facilidad la notificación de percances a nivel de la localidad y nacional. La notificación en atenciones primarias es muy complejas. Los elementos que afectan negativamente a la notificación son la falta de sistemas informáticos integrados y que el personal no tenga la misma responsabilidad sobre la notificación. Cada institución de atención primera debe tener en consideración cual es la mejor forma para conseguir las informaciones de problemas. Para ello es fundamental crear una cultura de la notificación.

Involucrar y comunicar con pacientes y público. Incluye el desarrollo de medios para la comunicación abierta y escucha a los usuarios, sus familiares, sus cuidadores y el público. Si el paciente asume responsabilidad sobre su estilo de vida, seguridad y salud el riesgo de problemas de salud disminuye. Si bien cuando este sufre un daño, su definición del mismo difiere de la del médico pero debe considerarse que pueden brindar sobre los motivos del problema e indicar soluciones para prevenir la recurrencia del incidente. El servicio de salud debe ser abierto y receptivo a estas aportaciones.

Aprendizaje y compartir temas de seguridad. Animar al trabajador a usar el análisis de causa raíz para conocer cómo y porqué suceden los incidentes. Informar cuando algo falla es esencial. De forma rutinaria se echa la culpa al error humano pero esta acción no permite llegar al fondo del problema. Un análisis detallado de la situación permite conocer las causas, por esta razón es relevante que las instituciones de atención primera estudiaran los problemas.

Implantan alternativas de solución para prevención de los daños. Introduciendo lección mediante los cambios en práctica, procedimiento o sistema.

Las instituciones de atención primaria y prácticas necesitan la comprensión de los elementos que contribuyen o subyacen de incidentes de SP, de tal manera que lo que se aprende y la experiencia en un ámbito puede contribuir en cualquier espacio.

### **Aspectos éticos de la cultura de seguridad del paciente**

Abellán-García, Barreda, López, Requena, Sánchez y Soler (2012) manifestaron que en la atención sanitaria el principio fundamental “primum non nocere”, es decir, primero no dañar, ha sido una guía para los profesionales sanitarios, pero es inevitable dañar al paciente como consecuencia de eventos adversos y de errores que se producen en el ámbito sanitario. El profesional sanitario debe actuar en beneficio del paciente, promoviendo sus intereses legítimos y no realizando acciones que pudieran causar daño o perjuicio en cumplimiento de los principios éticos de beneficencia y de no maleficencia.

Borrell (2007) manifestó que las organizaciones sanitarias y sus profesionales están éticamente obligados a proteger al paciente del daño que pudiera derivar de la práctica clínica, para ello la cultura de seguridad en la organización facilita la reparación del daño así como la aplicación de medidas preventivas. También incluye el aprendizaje, de manera que la formación continuada incorpore de manera sistemática el estudio de los errores más frecuentes.

Según Abellán-García, et al. (2012), la ética atañe tanto a los profesionales en la realización de tareas directas con el paciente (responsabilidad operativa) como a los gestores, equipos directivos, mandos intermedios que facilitan recursos en las tareas diarias (responsabilidad estratégica). Es por ello, que la instauración de una cultura de seguridad dentro de la organización debía considerarse como un imperativo ético y de calidad en toda organización sanitaria.

Para Fernández (2016), la implantación de una cultura de seguridad clínica implica la capacidad para hacer frente a los errores cometidos y aquellos que podrían suceder. Por ello, la comunicación de los eventos adversos permite

recabar la información necesaria para analizar los fallos del sistema así como los fallos personales que tienen lugar con la finalidad de implementar las medidas que impidan la repetición de este evento en el futuro.

Cuando tiene lugar un error no se debe atribuir la culpabilidad a una persona en concreto, sino que en la inmensa mayoría de las situaciones se debe a múltiples fallos o agujeros en las barreras del sistema, por lo que es conveniente crear sistemas sanitarios resistentes a los errores humanos. Reason (2000) consideró que los errores tienen lugar como consecuencia de dos factores: por fallos o incompetencias de las personas y por fallos de la organización y del sistema. Los fallos de las personas incluyen olvidos, descuidos, desmotivación, falta de atención, negligencia o imprudencia.

### **Principios de una cultura de seguridad del paciente**

La Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (2004) propuso tres principios claves para construir una cultura de seguridad del paciente:

Promover una conciencia activa y vigilante para reconocer los errores e incidentes, aprender de ellos y plantear acciones de mejoramiento.

Una orientación sistemático de seguridad: conocer que los motivos de un suceso de seguridad del paciente no son sencillamente relacionadas a los actos particulares del personal de salud involucrado. Todos los incidentes están también relacionados con el sistema en el que las personas están trabajando.

### **Características de la cultura de seguridad del paciente**

Según Turcios (2014), una cultura de seguridad del paciente se debe caracterizar por:

Una comunicación interpersonal adecuada basada en la confianza mutua.

Percepción compartida de la importancia de la Seguridad.

Confianza de la eficacia de las medidas preventivas.

Enfoque pedagógico del error como base, que lleve al aprendizaje organizacional y se origine de la conciencia del error cometido.

La existencia de un plan de capacitación y recursos. (p. 14).

### **Objetivos estratégicos de la cultura de seguridad del paciente**

Según la OMS (2004) citado en Solar (2014), la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente tuvo como labor y misión coordinar, facilitar y acelerar las mejoras en seguridad del paciente en todo el mundo. Para ello, planteó los siguientes objetivos estratégicos para la seguridad del paciente:

Establecer un liderazgo mundial para la seguridad del paciente que promueva el cambio.

Ayudar y amparar a los Estados miembros, sistemas de salud, organizaciones, profesionales y sociedad en la aplicación de las medidas de seguridad del paciente para mejorar la atención sanitaria y reducir los riesgos derivados de ella.

Emplear conocimiento, las experiencias e innovaciones para la mejora de seguridad de los usuarios que han sido atendidos.

Solar (2014) afirmó que la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente trabaja en diferentes áreas de acción, con el fin de conseguir una segura atención sanitaria:

Reconocer las dificultades de riesgos para los usuarios delicados de salud recibe atención de salud y desafío global con la seguridad de los pacientes.

Definir y detallar los conceptos para las seguridades de los pacientes: Clasificación Internacional para las seguridades de pacientes.

Promover la “cooperación y el deber de los usuarios: Pacientes por la seguridad del paciente” (Declaración de Londres).

Explorar en la seguridad del paciente con el objetivo de medir daños, entender las causas, identificar soluciones, evaluar el impacto y trasladar la

evidencia a la práctica.

Desarrollar y mejorar los sistemas de notificación y aprendizaje en seguridad del paciente.

Concienciar de los problemas prioritarios sobre seguridad del paciente, estableciendo así soluciones como: medicamentos de aspecto o nombre similar, identificación de pacientes, comunicación en el traspaso de pacientes.

Permitir y “facilitar la aplicación y evaluación de soluciones estandarizadas de seguridad: Proyecto High 5s. Procedimiento correcto en el lugar correcto, infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria e higiene de manos”.

Prevenir y evitar las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres venosos centrales.

Orientar y enseñar para una atención más segura.

Realizar nóminas de confirmación para reconocer fallas: nóminas de confirmación de seguridad quirúrgica, nóminas de confirmación para parto seguro, lista de verificación para atención traumatológica, lista de verificación de la atención al paciente ante la pandemia de gripe A (H1N1).

Emplear y utilizar los actuales adelantos para optimizar la seguridad del usuario.

Agrupar y distribuir el concepto de avance de la seguridad del paciente a nivel mundial.

Diferenciar y distinguir internacionalmente a organizaciones excelentes en el campo de la seguridad del paciente. Premio Seguridad.

### **Creación y mantención de una cultura de seguridad del paciente**

Chalapú y Cuascota (2014) mencionaron que para crear una cultura de seguridad es necesario un compromiso explícito de gestores y profesionales para:

Reconocer que existen riesgos, y se producen errores y que es crucial aprender de ellos para que no se repitan.

Reconocer que todos los profesionales son responsables de la disminución de los errores.

Crear que el daño al paciente debe ser intolerable.

Facilitar la formación de los profesionales en seguridad del paciente como paso previo para mejorar la cultura.

Liderar la gestión de riesgos y el análisis de los errores desde una orientación sistémica.

Favorecer la notificación de incidentes en un ambiente no punitivo.

Promover el liderazgo, el trabajo en equipo y la comunicación abierta para hablar y escuchar sobre los problemas existentes.

Orientar la organización hacia la mejora de la seguridad del paciente como objetivo prioritario. (p. 18).

Mientras que Varela (2014) señaló que los cuatro elementos fundamentales para alcanzar y mantener una cultura de seguridad son: crear una estructura y liderazgo, medir la cultura, feedback e intervención, formación sobre trabajo en equipo y gestión del riesgo.

De acuerdo al Minsa (2016) para obtener la mejoría de la cultura de seguridad se deben desarrollar actos direccionados al cálculo de mejoría del ambiente; comunicando y adiestrando a los profesionales en temas de seguridad, impulsando los cuidados, el liderazgo, comunicación, aprendizajes a partir de las dificultades que se muestren; además de estimular la cooperación permanente y de este modo alcanzar la cultura de seguridad.

Por su parte, Fernández (2016) mencionó que la Agencia de Calidad del MSSSI realizó un informe con una serie de recomendaciones relacionadas con el desarrollo de una cultura de seguridad:

Fomentar la cultura de seguridad del paciente centrada en el aprendizaje.

Incorporar la seguridad del paciente y la gestión de riesgos en los programas de formación de grado y postgrado.

Incentivar la formación continuada del personal sanitario sobre seguridad.

Sensibilizar a directivos y profesionales sanitarios sobre la necesidad de fomentar la cultura de seguridad.

Informar a profesionales y pacientes sobre áreas y factores de riesgos. (p. 24).

### **Condiciones ambientales para favorecer la seguridad del paciente**

Chalapú y Cuascota (2014) afirmaron que para la OMS la salud ambiental está vinculada con las personas, los elementos físicos, químicos y biológicos externos del individuo, generaliza factores ambientales y laborales que podrían tener un efecto en la salud y se sostiene en prevenir enfermedades y en crear ambientes adecuados para la salud.

El ambiente exterior es el medio que rodea la vivienda, trabajo o institución de la salud. El ambiente interior, por otro lado, es el que está dentro de la vivienda, trabajo o institución de salud y en el que se desarrollan actividades que podrían incidir de manera desfavorable en la seguridad del paciente.

Al hablar de ambiente interior se debe hacer referencia a factores físicos, químicos y biológicos. Los factores ambientales que repercuten en la seguridad del paciente se clasifican en:

Elementos ambientales internos: infraestructura, temperatura, ventilación, luz e iluminación, aire, agua, humedad, ruido, silencio, energía eléctrica, superficies, limpieza, polvo, desechos, radiaciones ionizantes y no ionizantes.

### **Estrategias para mejorar la cultura de seguridad del paciente**

González (2016) afirmó que las estrategias para promover una cultura de seguridad del paciente puede incluir una única intervención o varias intervenciones combinadas en un enfoque multifacético. Entre las principales estrategias para mejorar la cultura de seguridad del paciente se encuentran:



### **Formación del equipo “team training”**

Salas, Paige y Rosen (2013) manifestaron que se refiere a un conjunto de métodos estructurados para optimizar los procesos de trabajo en equipo, como la comunicación, la cooperación, la colaboración y el liderazgo.

### **Rondas de los líderes “executive walkrounds”**

Es una estrategia de intervención que involucra/enlaza al liderazgo organizacional directamente con los proveedores de atención. Los directivos visitan la primera línea de atención de pacientes con el objetivo de observar y analizar las amenazas actuales o potenciales a la seguridad del paciente. Pretenden mostrar el compromiso de liderazgo a la seguridad, fomentar la confianza y prestar apoyo al personal, para abordar de manera proactiva las amenazas a la seguridad del paciente.

Menéndez, Martínez, Fernández, Ortega, Díaz y Vázquez (2010) manifestaron que los Walkrounds pretenden: a) demostrar el compromiso de alto nivel para la seguridad del paciente; b) establecer líneas de comunicación acerca de la seguridad del paciente entre los empleados y directivos; c) proporcionar oportunidades a los altos ejecutivos para aprender sobre la seguridad del paciente; d) identificar las oportunidades para mejorar la seguridad, basadas en temas identificados durante las rondas; e) fomentar la denuncia de los problemas, errores e incidentes; f) promover una cultura de cambio relativas a la seguridad del paciente; y, g) establecer soluciones locales para minimizar el riesgo.

### **Comprehensive Unit-Based Safety Program (CUSP)**

De acuerdo con Rotteau, Shojania y Webster (2014), es una estrategia multifacética para el cambio de cultura que tiene por objeto el cambio de la cultura de seguridad y proporciona un marco para abordar las cuestiones de seguridad del paciente en el ámbito local. Esto se logra a través de la educación, la sensibilización, el acceso a los recursos de la organización y a un conjunto de herramientas formativas. Se fortalece la capacidad para hacer frente a los problemas de seguridad al combinar las mejores prácticas clínicas y la ciencia de la seguridad.

### **Beneficios de una cultura de seguridad del paciente**

Giraldo y Montoya (2013) señalaron algunos de los beneficios del desarrollo de una cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud:

Disminución en la recurrencia y la gravedad de incidentes, a través del aumento de notificación y aprendizaje organizacional.

Reducción del daño físico y psicológico que los pacientes puedan sufrir, gracias al trabajo realizado cuando las cosas fallan.

Mejora en la gestión de recursos gracias a una evaluación eficaz del riesgo y al cambio de las prácticas en la atención en salud como consecuencia de los incidentes identificados.

Optimización y reducción de los costos financieros y sociales provocados por incidentes, incluyendo pérdida de tiempo laboral y prestaciones por invalidez. (p. 23).

### **Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente**

El Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) adaptó el Cuestionario AHRQ, donde la variable cultura de seguridad del paciente tiene tres dimensiones: Resultados de la cultura de seguridad, cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio y cultura de seguridad a nivel de toda la clínica.

#### **Dimensión 1: Resultados de la cultura de seguridad del paciente**

Esta dimensión se considera como medida del grado de seguridad y contiene dos indicadores con un total de siete ítems:

La frecuencia de situaciones que han sido notificadas, tienen 3 preguntas que comunican las observaciones de 3 formas de errores que son perjudiciales: (a) Se informan las fallas que no lastima a las personas (b) Se informan las fallas que no perjudican a los enfermos (c) Se informan las fallas que presentan problemas que pueden haber sido perjudiciales al usuario.

Percepción de seguridad, incluye cuatro ítems, todos ellos dirigidos 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:

a) nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente; b) nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia; c) no se producen más fallos por casualidad; y, d) en esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.

## **Dimensión 2: Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio**

Esta magnitud incluye ocho indicadores que se resumen en un total de 27 ítems del temario, que tienen, no obstante entidad por sí mismos y merece por tanto estudiar de modo intenso:

Cuando se presentan expectativas y acción de direcciones y supervisiones de las unidades que benefician las seguridades, éstas tienen 4 preguntas que son de vital importancia para los pacientes de parte de los jefes de servicios: (a) El inspector comunica optimista cuando se toma las precauciones para prevenir a las personas (b) El supervisor recibe los aportes que hacen los empleados para mejorar la seguridad. (c) En el aumento de opresión de trabajo el jefe quiere que las labores se efectuó más rápido. (d) El supervisor no evalúa las quejas de las personas.

Aprendizaje organizacional/mejora continua, incluye tres ítems sobre la actitud proactiva en relación a la seguridad del paciente: a) se tiene actos encaminados a mejorar la seguridad del paciente; b) cuando se ubica los errores en el servicio al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo y, c) los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.

Trabajo en equipo en la unidad/servicio, incluye cuatro ítems que sin llegar a cumplir en su conjunto con los criterios necesarios para ser considerada como una fortaleza del clima de seguridad puede obtener altos puntajes: a) el personal se apoya mutuamente; b) cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo; c) en esta unidad nos tratamos todos con respeto; y, d) cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.

Franqueza en la comunicación, incluye tres ítems: a) cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad; b) el personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores; y, c) el personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta .

Evaluación y comunicación sobre errores, incluye tres ítems: a) cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo; b) se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad; y, c) en mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir .

Respuesta no punitiva a los errores, incluye tres ítems: a) si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra;

b) cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”; y, c) cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.

Dotación de personal, incluye cuatro ítems que se perciben como debilidades u oportunidades de mejora y la única que tiene una proporción de respuestas negativas que supera el 50%: a) hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo; b) a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora; c) en ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal; y, d) trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.

Apoyo de la gerencia de la clínica en la seguridad del paciente, incluye tres ítems que pueden ser percibidos como significativamente problemáticos: a) la administración del centro favorece un clima ambiente laboral que facilita la seguridad del paciente; b) la gerencia o la dirección de la clínica enseña con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades; y, c) la gerencia / dirección de la clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente

cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.

### **Dimensión 3: Cultura de seguridad a nivel de toda la clínica**

Esta dimensión se divide en dos indicadores con un total de ocho ítems:

El servicio en conjunto con los servicios incluye 4 preguntas de características es que principalmente se observan como una dificultad en desarrollo con las observaciones positivas que tiene el trabajo en grupos de las mismas centros o servicios: a) la coordinación entre los centros de trabajo unidad de trabajo en conjunto (b) El servicio o unidad de trabajo de manera coordinada. (c) Los diversos servicios.

Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, incorpora cuatro ítems que pasan desapercibidos como especialmente dificultosos, aunque no destacan por cooperar de forma significativa a una buena cultura de seguridad: a) las informaciones de paciente se pierden, en parte, cuando son transferidos desde las unidades /servicios a otras; b) en cambios de turnos se pierden con muchas frecuencias informaciones importantes acerca de las atenciones que han recibido los pacientes; c) los intercambios de informaciones entre los diversos servicios es comúnmente problemático; y, d) surgimiento de problemas en las atenciones de usuarios como consecuencias de cambio de turnos.

## **1.3. Justificación**

### **Justificación teórica**

La investigación reforzó con argumentos científicos de la variable cultura de seguridad del paciente la OMS (2008) estima informa que cada año decenas de millones de pacientes sufren lesiones discapacitantes o mueren como consecuencia de prácticas médicas o atención insegura. La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente se estableció a fin de promover esfuerzos mundiales encaminados a mejorar la seguridad de la atención de los pacientes de todos los Estados Miembros de la OMS. La Alianza hace especial hincapié en fomentar la investigación como uno

de los elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria.

### **Justificación metodológica**

En la presente investigación se hizo posible la aplicación y consolidación de la validez y confiabilidad del instrumento para evaluar la cultura de seguridad del paciente siendo un instrumento validado Agency for Healthcare Research and Quality–AHRQ. Adaptación al español: Juan J. Gascón Cánovas, Pedro J. Saturno Hernández y Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente – CUSEP se volvió a validar para contextualizarlo de acuerdo a la realidad de la clínica.

### **Justificación legal**

A nivel social, la elaboración de la presente investigación buscó beneficiar a los pacientes, pero también a la clínica y a todos los usuarios en general.

Ley N°26842 - Ley general de Salud (15 de Julio de 1997).

Ley N° 27657 - Ley del Ministerio de la Salud (17 de Enero del 2002).

Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, que conforma el comité Técnico para seguridad del paciente.

Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, que aprueba el documento Técnico del sistema de Gestión de la calidad en salud.

Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, Aprobó el documento Técnico Plan Nacional de Seguridad del paciente 2006-2008.

### **Justificación practica**

Los resultados obtenidos sirvieron de insumo informacional a las autoridades de la clínica Sanna parra que incorporen nuevos enfoques y estrategias de gestión sanitaria que puedan ser concordantes con los nuevos paradigmas, con la investigación benefició a los pacientes para que puedan recibir una buena atención atendiendo sus principales necesidades.

#### **1.4. Problema**

La seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria. Hay un cierto grado de peligrosidad inherente a cada paso del proceso de atención de salud.

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

Las investigaciones orientadas a mejorar la seguridad del paciente tienen por objeto encontrar soluciones que permitan mejorar la seguridad de la atención y prevenir posibles daños a los pacientes. Es importante crear una cultura que sea justa y abierta, una cultura verdadera 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, esto es la esencia del gobierno clínico.

Se debe tener establecido en la clínica un enfoque claro y sólido sobre la importancia de la seguridad del paciente en todas sus organizaciones, el personal de que labora en la clínica debe estar motivado y comprometido con el servicio que brinda desde los directivos y líderes clínicos en todo el servicio médicos general y cirugía.

La seguridad es una prioridad en la clínica y que la dirección está comprometida a mejorar, los directivos tienen que ser visibles y activos en liderar las mejoras de seguridad del paciente. El personal y los equipos deben sentirse capaces de manifestarse si piensan que no es segura la atención que prestan, con independencia de su posición.

La clínica Sanna San Borja es una organización que brinda servicios de salud en diferentes especialidades se percibe que el personal que labora no se encuentra comprometido no tiene un enfoque claro ni sólido sobre la seguridad del paciente constantemente se reciben reclamos , quejas por parte de los pacientes por la falta de atención teniendo muchos problemas administrativos y eso se debe a la falta de una buena gestión del riesgo , ello significa que por el desconocimiento de procedimientos para gestionar sus riesgos , e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar, la falta de escucha a los pacientes , a sus familiares o sus cuidadores es esencial para mejorar la seguridad del paciente y todo esto se debe que no se cuentan con un departamento especializado con expertos del tema para que el paciente manifieste su desagrado con la atención recibida.

Es importante que se tenga claro que cuando ocurra un incidente se debe solucionar en la brevedad posible y garantizar que no se repita el incidente.

Ser abierto sobre lo que ha ocurrido y tratar el problema con rapidez, detalle y sensibilidad puede ayudar a los pacientes sobrellevar mejor los efectos posteriores cuando se han cometido fallas.

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las clínicas 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.

Ante lo expuesto líneas anteriores nace la necesidad de realizar presente trabajo de investigación con la finalidad de poder diagnosticar en la situación que se encuentran las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf sobre el tema de cultura de seguridad del paciente.

### **Problema general**

¿Qué diferencias existen en la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017?



### **Problemas específicos**

¿Qué diferencias existen en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión resultados de la cultura de seguridad de la clínica Sanna san Borja y Sanna El Golf, 2017?

¿Qué diferencias existen la cultura de seguridad del paciente en su dimensión nivel de todo la clínica. De la clínica Sanna san Borja y Sanna El Golf, 2017?

¿Qué diferencias existen en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión unidad/ servicio de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017?

## **1.5. Hipótesis**

### **Hipótesis general**

Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017.

### **Hipótesis específicas**

Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión resultados de la cultura de seguridad de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017.

Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión nivel de toda la clínica de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017.

Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión unidad/ servicio de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017.

## **1.6. Objetivos**

### **Objetivo general**

Comparar el nivel de cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017.

**Objetivos específicos:**

Comparar el nivel de cultura de seguridad del paciente en su volumen de resultados de la cultura de seguridad de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017.

Comparar el nivel de Calidad de servicio en su dimensión nivel de toda la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017.

Comparar el nivel de cultura de seguridad del paciente en su dimensión unidad/servicio de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017.

## **II. Marco metodológico**

## **2.1. Variables**

### **Definición conceptual de la variable Cultura de seguridad del paciente**

OMS (2008) la definió como “ausencia de daño, real o potencial, relacionado con los servicios de salud” (p. 132).

### **Definición operacional de la variable Cultura de seguridad del paciente**

Es el puntaje medido en el cuestionario de la versión en español de la Agencia para la investigación y Calidad de Estados Unidos. Debe considerarse desde las dimensiones con su correspondiente encuadre o ítems, registro e elementos de exámenes de ello debe instalarse el modo como se debe efectuar las magnitudes.

Pérez, Vicente, Gonzales, Martínez y Del Mar (2005) Cuestionario sobre seguro del paciente, que es una versión de España de encuesta de hospital de seguro de los pacientes, la agencia para las investigaciones y calidad de los cuidados de la salud. (AHRQ, en su versión de origen). Con adaptación de Gascon Cánovas, Saturno y el grupo de trabajo de proyectos de cultura de seguridad de los pacientes.

## 2.2. Operacionalización de variables

Tabla 1

*Matriz de operacionalización de la variable cultura de seguridad del paciente*

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
Resultados de la cultura de seguridad	1. Frecuencia de eventos notificados. 2. Percepción de seguridad	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22	Muy en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy de Acuerdo
Cultura de seguridad a nivel de Unidad/ servicio.	3. Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad 4. Aprendizaje organizacional. 5. Trabajo en equipo dentro de la unidad hospitalaria. 6. Apertura en la comunicación. 7. Trabajo en equipo entre unidades hospitalarias. 8. Cambios de turno y rotación en el hospital. 9. Asignación de personal. 10. Apoyo del hospital en la seguridad del paciente.	23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33	Muy en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy de Acuerdo
Cultura de seguridad a nivel de toda la clínica	11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios. 12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades.	34,35,36,37,38,39,40,41,42	Muy en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy de Acuerdo

*Nota:* Tomado de Cuestionario de Spanish Translation of AHRQ's Hospital Survey on Patient Safety October (2009)

## 2.3. Metodología

Se utilizó el planteamiento cuantitativo, porque personifica un grupo de procedimientos, su nivel es concreto, es un concepto que van contándose y una vez enmarcadas, se crean metas y interrogatorios de estudios cuestionamientos, se evalúan los conceptos la y se trabajan marcos o panoramas teórica. De los interrogantes se elaboran las teorías; se replantean soluciones para aclararlas (diseño), se calculan la variable en un definido ambiente; se estudian las sondeos utilizando métodos estadísticos, y se extraen unas series de conclusiones. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 4).

Según Hernández, et al. (2014), se utilizó el método hipotético deductivo

porque:

Hay una realidad que descubrir, construir e interpretar. En donde la realidad cambia por las observaciones y recolección de los datos. El investigador nace de una premisa, se plantea hipótesis durante el estudio o al final del mismo además de emplear una variedad de formatos para reportar sus resultados. (pp. 9-11).

#### **2.4. Tipo de estudio**

Es un estudio de forma sustantiva y de acuerdo a Sánchez y Reyes (2015, p. 45) manifestaron que estas investigaciones son aquellas que traten de responder a sustanciales problemas, está orientada a narrar, demostrar, pronostico o retrodecir las objetividades, registra los comienzos y justicia totales que posibiliten la estructura de conceptos científicas.

El nivel de la investigación fue explicativo, “está orientada a la explicación de los elementos causados que tienen relación en incurrir o afecta la ocurrencia de un fenómeno” Sánchez y Reyes (2015, p. 46).

#### **2.5. Diseño**

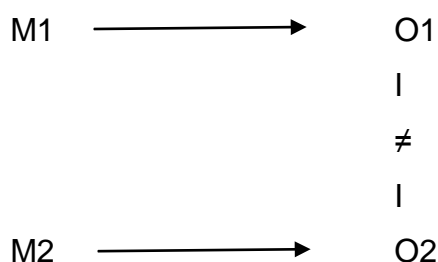
Este estudio es de planteamiento: No experimental – Transversal – Descriptivo comparativo.

Hernández, *et al.* (2014) definieron a “los diseños no experimentales como aquellos que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos”. (p. 152).

Hernández, *et al.* (2014) indicaron que es transversal, porque “los datos se recolectan en un solo momento y tiempo único siendo el propósito describir las variables analizando su incidencia e interrelación en un momento” (p. 154).

Descriptivo comparativo, porque según Hernández, *et al.* (2014) en estas investigaciones se “busca especificar las propiedades, características y los perfiles de las personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que sea sometido a un análisis” (p. 92). Además, ocasionalmente “el investigador puede desarrollar informaciones comparativas entre grupos o subgrupos de personas u otros seres vivos, objetos, comunidades o indicadores” (p. 156).

Diseño:



Donde:

$M_1$ : muestra del personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja.

$M_2$ : muestra del personal de enfermería de la clínica Sanna El Golf .

O1: Información recogida de la muestra (B. L. del personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja).

O2: Información recogida de la muestra (B. L. del personal de enfermería de la clínica Sanna El Golf).

$\neq$  = Diferencia o semejanza de práctica de valores entre  $M_1$ ,  $M_2$ .

## 2.6. Población y muestra

Hernández, et al. (2014) definió:

El agrupamiento de todas ocasiones que tienen similitud con una serie de características, en tal sentido se debe establecer con precisión los siguientes factores de la sociedad, con la conclusión poner límites de objetivos del sondeo. Así mismo las poblaciones deben ubicarse notoriamente por sus características de contenido, lugar y tiempo. (p. 174).

El universo poblacional estuvo constituido por las enfermeras de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf del servicio de medicina y cirugía.

Se delimitó la población con los siguientes criterios:

### **Criterios de inclusión**

Ser personal profesional de enfermería de la clínica Sanna del servicio de medicina, del servicio de cirugía y estar en planilla.

### **Criterio de exclusión**

Pertenecer a otro servicio que no sea medicina y cirugía.

### **Muestra**

#### **Tamaño de la muestra:**

Según Hernández, et al. (2014) definieron “la muestra es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, y que tiene que definirse o delimitarse de antemano con precisión, este debe ser representativo de la población” (p. 173).

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

Donde:

n = Tamaño de muestra

e = Error de estimación

N = Tamaño de la población bajo estudio

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

p = Probabilidad de éxito (0,5)

q = Probabilidad de fracaso. (0,5)



$$\frac{(1,96)(1,96)(0,5)(0,5)(90)}{(0,0025)(90 - 1) + (1,96)(1,96)(0,5)(0,5)}$$

$$\frac{86.436}{1,1829} = 72$$

Donde:

$$n \text{ (Tamaño de la muestra)} = 72$$

### **Muestreo**

El muestreo fue hipótesis casual o al azar.

Sánchez y Reyes (2015) manifestaron que “el sondeo casual es cuando se puede calcular con antelación cuál es la oportunidad de tener cada sondeo que sean posibles a partir de un universo” (p. 157).

Aleatorio o al azar, en este tipo de muestreo es que “cada persona participe de una sociedad tiene similares oportunidades de pertenecer a la muestra” Sánchez y Reyes (2015, p. 157).

Tabla 2.

*Población representativa de las clínicas Sanna 2017*

<b>Hospitales de salud mental</b>	<b>N° de enfermeras(os)</b>
Clinica Sanna San Borja	35
Clinica Sanna El Golf	35
Total	70

*Nota:* Oficina de recursos humanos de las clínicas Sanna San Borja Sanna Golf 2016.

## **2.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **Técnica de recolección de datos**

“El sistema utilizado es el sondeo, procedimiento que consiste en tener datos de los sujetos de investigación, dada por ellos mismo, sobre conceptos, actitudes o sugerencias. Existiendo el cuestionario como manera de obtener la información”. (Hernández et al., 2014).

En la investigación se realizó la técnica de la encuesta, por la modalidad de estudio y el tiempo de aplicación, al respecto se utilizaron como instrumento el cuestionario. La encuesta como parte de los procedimientos adecuados de recolección de la data a los sujetos parte del personal de enfermería.

### **Instrumentos de recolección de datos**

#### **Ficha técnica para medir variable cultura seguridad del paciente**

<b>Nombre:</b>	Balotario de seguridad de los enfermos Versión española de la encuesta Hospitalaria sobre la Seguridad del Paciente de la agencia de Investigación y Calidad de EE UU (Survey on Patient Safety Agency for Health Care Research and Quality - AHRQ)
<b>Autor:</b>	Pedro Pérez Fernández, Inmaculada Vicente López, Arantza González Vicente, José Martínez Mas y M <sup>a</sup> del Mar Saura
<b>Objetivo:</b>	Comparar la cultura de seguridad del enfermo con los trabajadores de enfermería de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf en el año 2017
<b>Lugar de aplicación:</b>	Clinica Sanna San Borja y clínica Sanna El Golf.
<b>Significación:</b>	El balotarío de cultura de seguridad del enfermo tiene tres magnitudes: a) las conclusiones de la cultura de seguridad, b) magnitudes de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, c) dimensiones de la cultura de seguridad a rango de toda la clínica.
<b>Forma de aplicación:</b>	Directa
<b>Administración:</b>	Individual.
<b>Tiempo de aplicación:</b>	20 minutos

#### **Validez del instrumento:**

El actual estudio se efectuó la convalidación de juicio de expertos, mediante dos especialistas en metodología de la investigación y construcción de instrumentos de investigación con el nivel académico de doctor. Los procedimientos de

convalidación da como producto, calificativo de:

Tabla 3

*Validez de contenido del instrumento de competencias por juicio de expertos*

<b>Experto</b>	<b>Nombre y Apellidos</b>	<b>DNI</b>	<b>Aplicable</b>
1	Dra. Tamara Pando Ezcurra	03854754	Aplicable

### **Confiabilidad del instrumento:**

Tabla 4

*Análisis de consistencia de la variable cultura de seguridad del paciente*

<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de elementos</b>
,937	42

Se obtuvo el estadístico de confiabilidad, siendo coeficiente de alpha de Cron Bach de 0.937 para 42 preguntas.

La confiabilidad se realiza para observar la consistencia interna de los instrumentos se aplicó una prueba piloto a 20 sujetos personal de enfermería de otra clínica que tuvieron las mismas características de la muestra de estudio.

Tabla 5.

*Escalas y baremos de la variable cultura de seguridad del paciente*

<b>General</b>	<b>Cuantitativo</b>			<b>Cualitativo</b>
	<b>D 1</b>	<b>D 2</b>	<b>D 3</b>	
154-210	82-110	41-55	33-45	Alto
98-153	52-81	26-40	21-32	Medio
42-97	22-51	11-25	9-20	Favorable

## **2.8. Métodos de análisis de datos**

El procedimiento utilizado para los estudios de la data estadística, en los rangos descriptivo y correlacional.

Se creó una base de datos donde se consignaron los resultados en tablas

y figuras, donde se identifican la frecuencia y el porcentaje de la variable en estudio.

Se aplicó una evaluación de normalidad Kolmogorov – Smirnov, para ver si los puntajes obtenidos tienen distribución normal y así determinar que prueba estadística se usó en la prueba de hipótesis.

Se realizó las diferencias de teorías a través de evaluaciones no paramétrica de U de Mann Whitney en las 3 dimensiones y prueba no paramétrica.

## **2.9. Aspectos éticos**

El presente estudio se rigió bajo los fundamentos de bioética, de autogestión, ayuda, no daño y honestidad, aplicada a las ciencias biológicas incluyendo la investigación epidemiológica y de salud.

El estudio buscó el conocimiento de los rangos de estudios de seguridad del paciente, por lo tanto, los resultados fueron beneficiosos para la población objetivo, así como prevenir los riesgos a los que están expuestos la población estudiada buscando la no maleficencia.

La aplicación del instrumento se realizó seleccionando justamente a toda la población, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, donde todas las enfermeras tengan la posibilidad de participar.

### **III. Resultados**

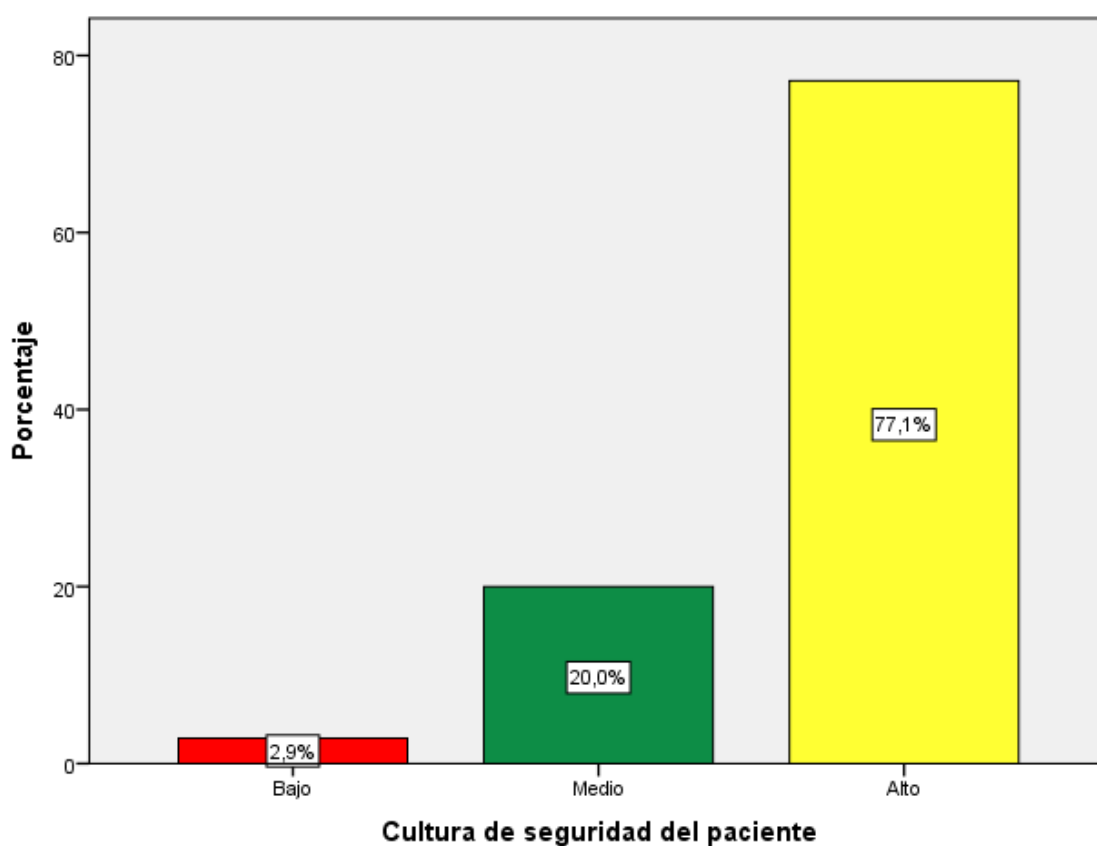
## Análisis descriptivo de los resultados

### 3.1 Descriptivos

Tabla 6

*Niveles de cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	1	2,9
	Medio	7	20,0
	Alto	27	77,1
	Total	35	100,0



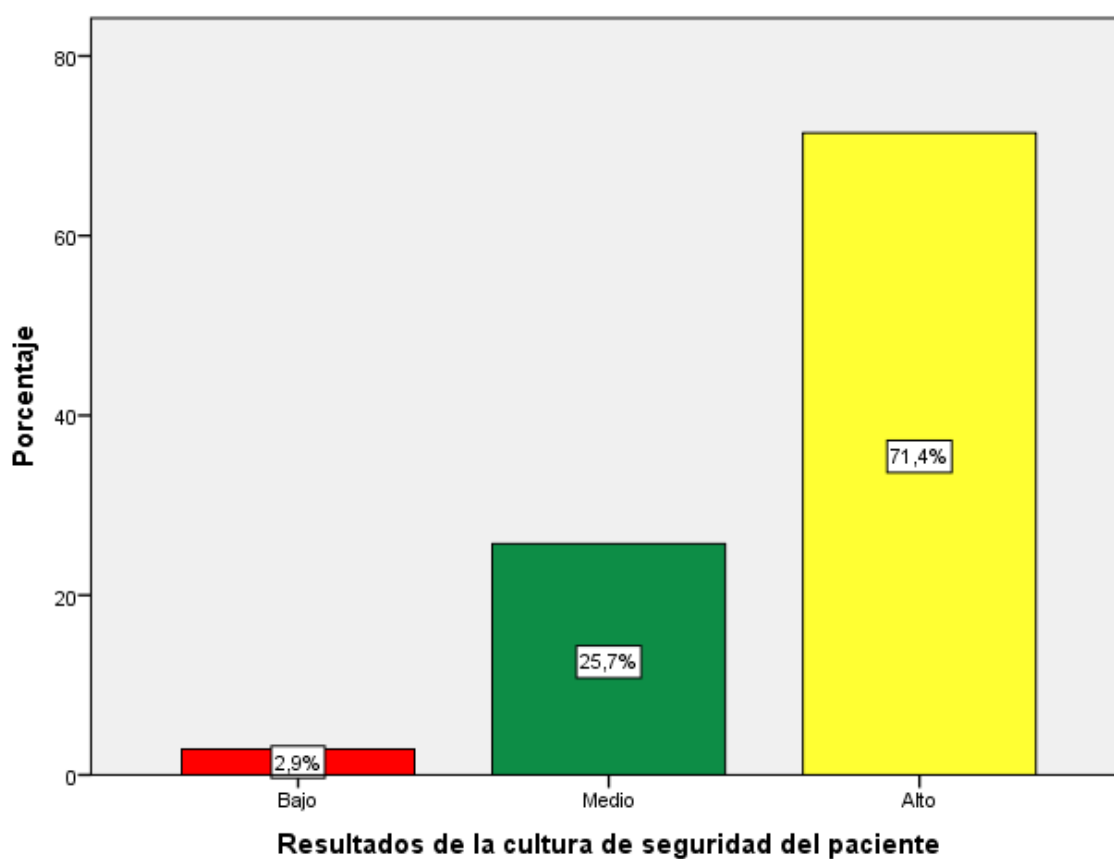
*Figura 1. Niveles de cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja*

En la tabla 6 y figura 1, se observó que de los 35 encuestados, el 2.9% percibió un nivel bajo, el 20% un nivel medio y el 77.1% indicaron nivel alto de cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja.

Tabla 7

*Niveles de cultura de seguridad de su servicio/unidad del paciente de la clínica Sanna San Borja*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	1	2,9
	Medio	9	25,7
	Alto	25	71,4
	Total	35	100,0



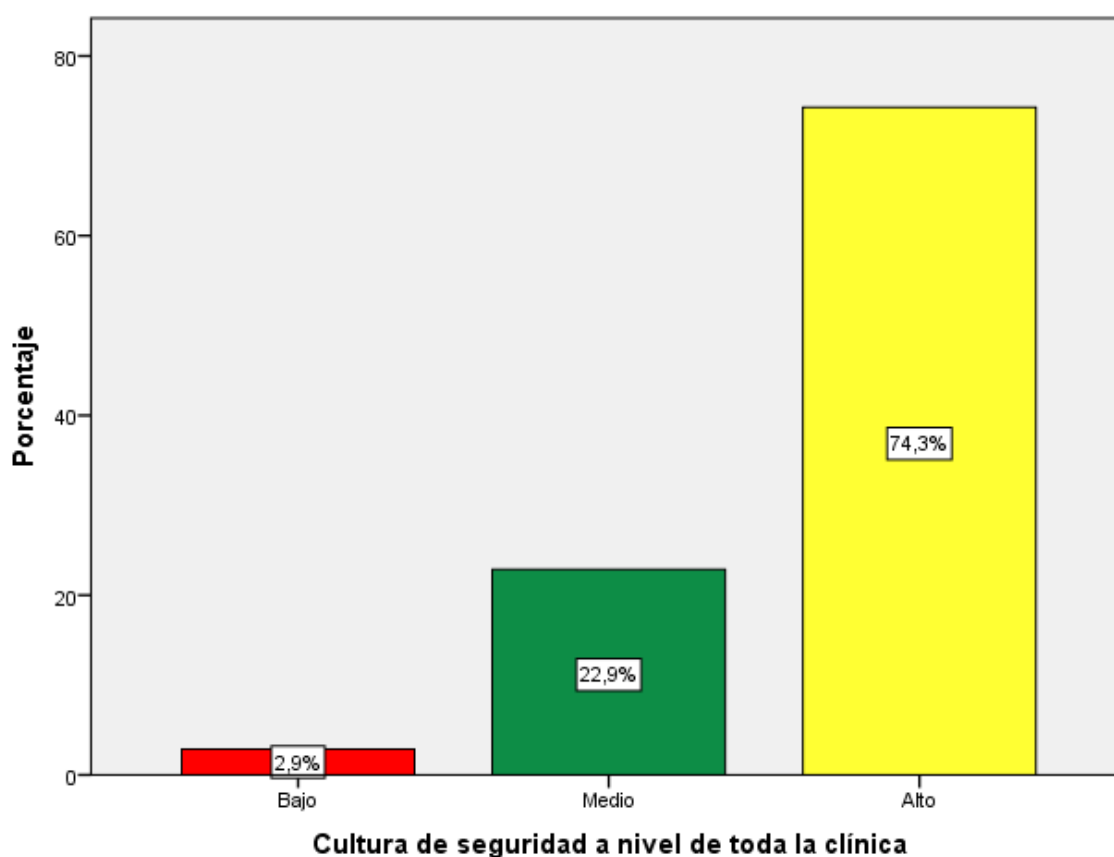
*Figura 2. Niveles de cultura de seguridad de su servicio/unidad de la clínica Sanna San Borja*

En la tabla 7 y figura 2, se observó que de los 35 encuestados, el 2.9% percibió un nivel bajo, el 25.7% un nivel medio y el 71.4% indicaron nivel alto de cultura de seguridad de su servicio/unidad de la clínica Sanna San Borja.

Tabla 8

*Niveles de cultura de seguridad paciente en su seguridad a nivel de toda la clínica San Borja*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	1	2,9
	Medio	8	22,9
	Alto	26	74,3
	Total	35	100,0



*Figura 4. Niveles de cultura de seguridad paciente en su seguridad a nivel de toda la clínica San Borja*

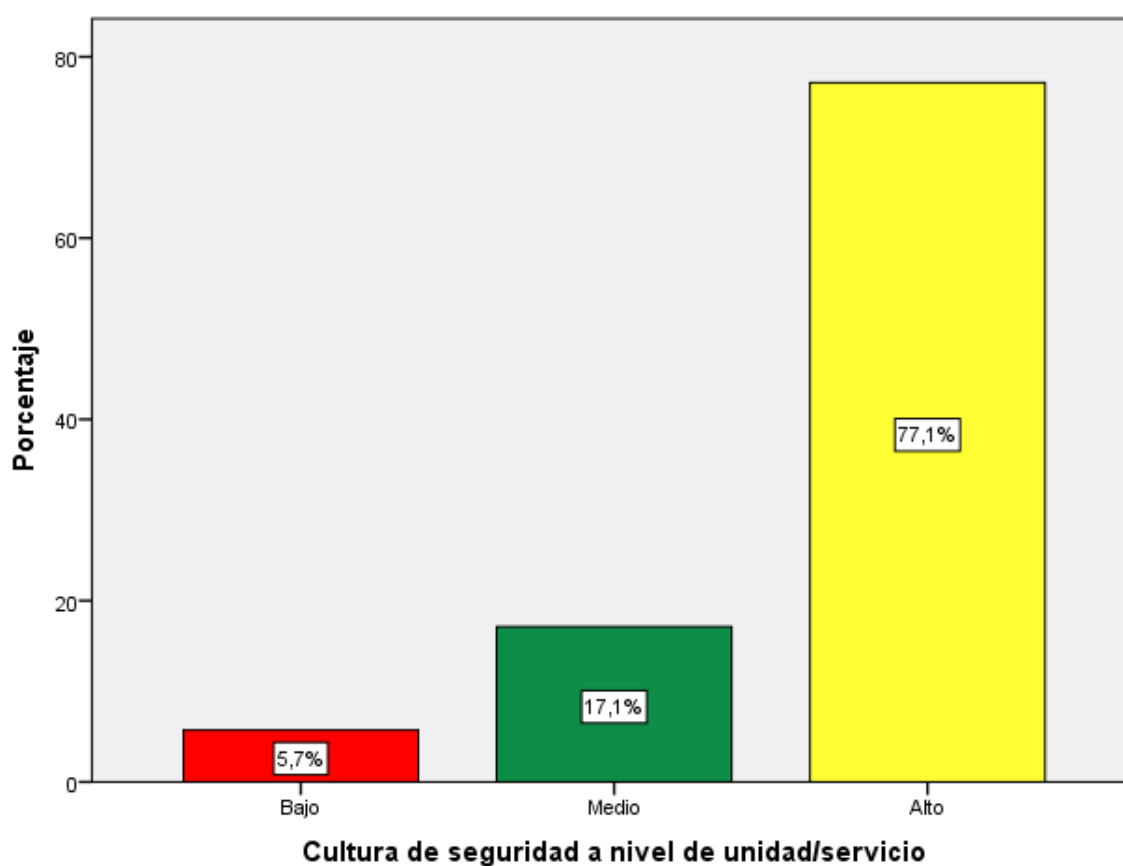
En la tabla 8 y figura 4, se observó que de los 35 encuestados, el 2.9% percibió un nivel bajo, el 22.9% un nivel medio y el 74.3% indicaron nivel alto de cultura de seguridad de comunicación en su servicio/unidad de la clínica Sanna San Borja.



Tabla 9

*Niveles de cultura de seguridad de su unidad /servicio de la clínica Sanna San Borja*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	2	5,7
	Medio	6	17,1
	Alto	27	77,1
	Total	35	100,0



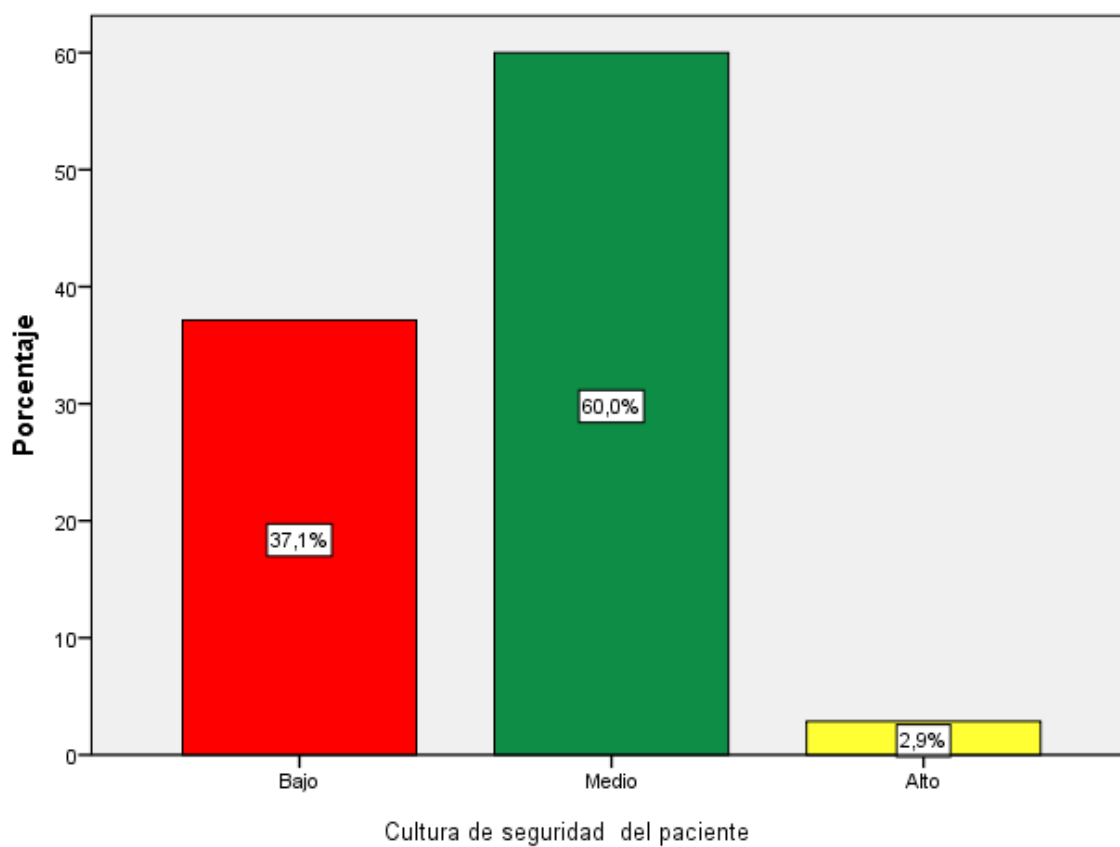
*Figura 2. Niveles de cultura de seguridad de su unidad /servicio de la clínica Sanna San Borja*

En la tabla 9 y figura 3, se observó que de los 35 encuestados, el 5.7% percibió un nivel bajo, el 17.1% un nivel medio y el 77.1% indicaron nivel alto de cultura de seguridad de su unidad/servicio de la clínica Sanna San Borja.

Tabla 10

*Niveles de cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna Golf*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	13	37,1
	Medio	21	60,0
	Alto	1	2,9
	Total	35	100,0



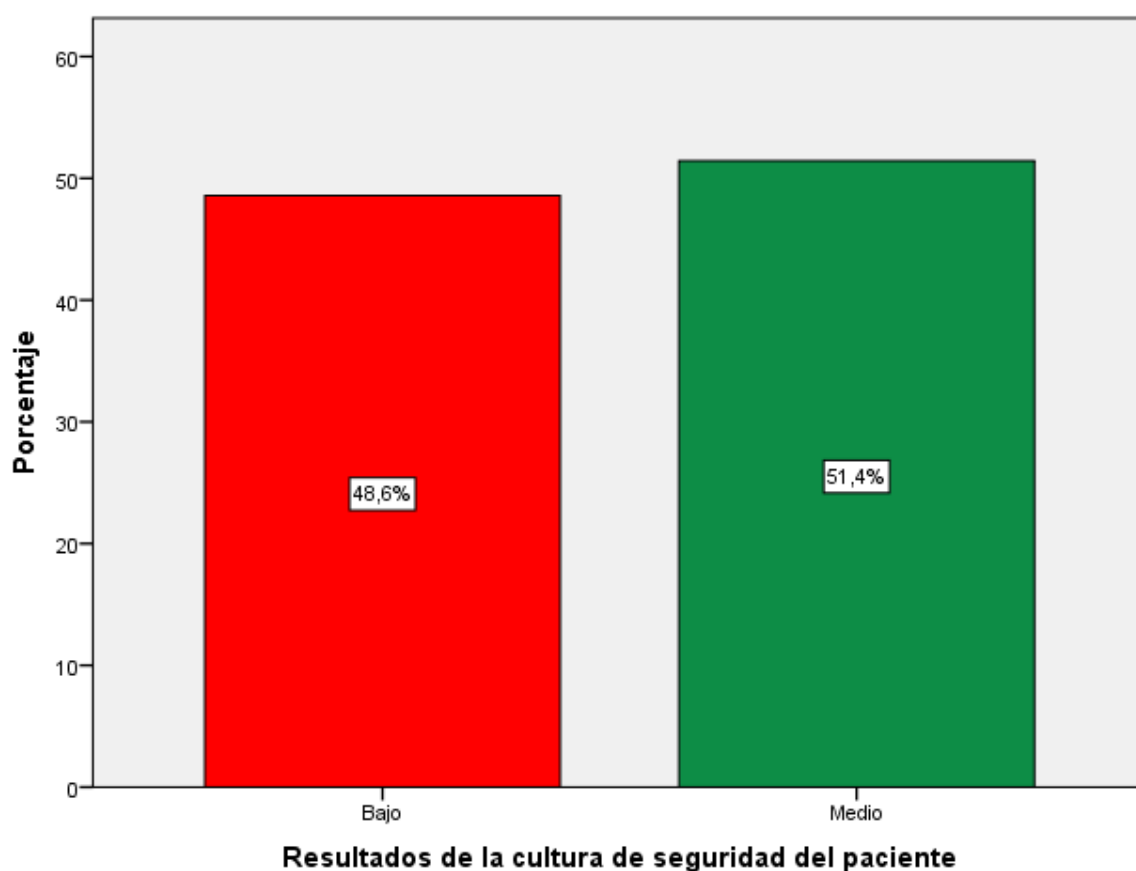
*Figura 5. Niveles de cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna Golf*

En la tabla 10 y figura 5, se observó que de los 35 encuestados, el 37.1% percibió un nivel bajo, el 60% un nivel medio y el 2.9% indicaron nivel alto de cultura de seguridad de del paciente de la clínica Sanna Golf.

Tabla 11

*Niveles de cultura de seguridad del paciente de su resultado de la cultura de la clínica Sanna Golf*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	17	48,6
	Medio	18	51,4
	Total	35	100,0



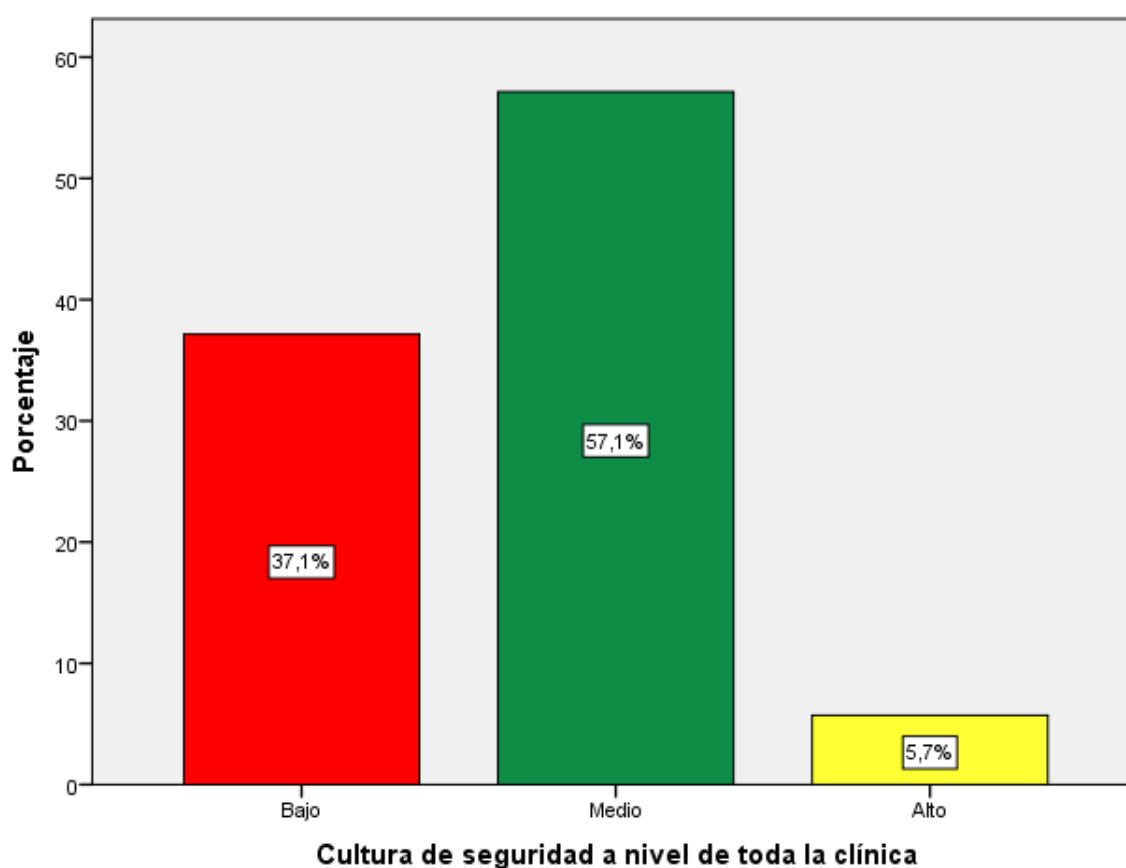
*Figura 7. Niveles de cultura de seguridad del paciente de su resultado de la cultura de la clínica Sanna Golf*

En la tabla 11 y figura 7, se observó que de los 35 encuestados, el 48.6% percibió un nivel bajo y el 51.4% un nivel medio de cultura de seguridad de su resultado de la cultura seguridad del paciente de la clínica Sanna Golf.

Tabla 12

*Niveles de cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica de la clínica Sanna Golf*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	13	37,1
	Medio	20	57,1
	Alto	2	5,7
	Total	35	100,0



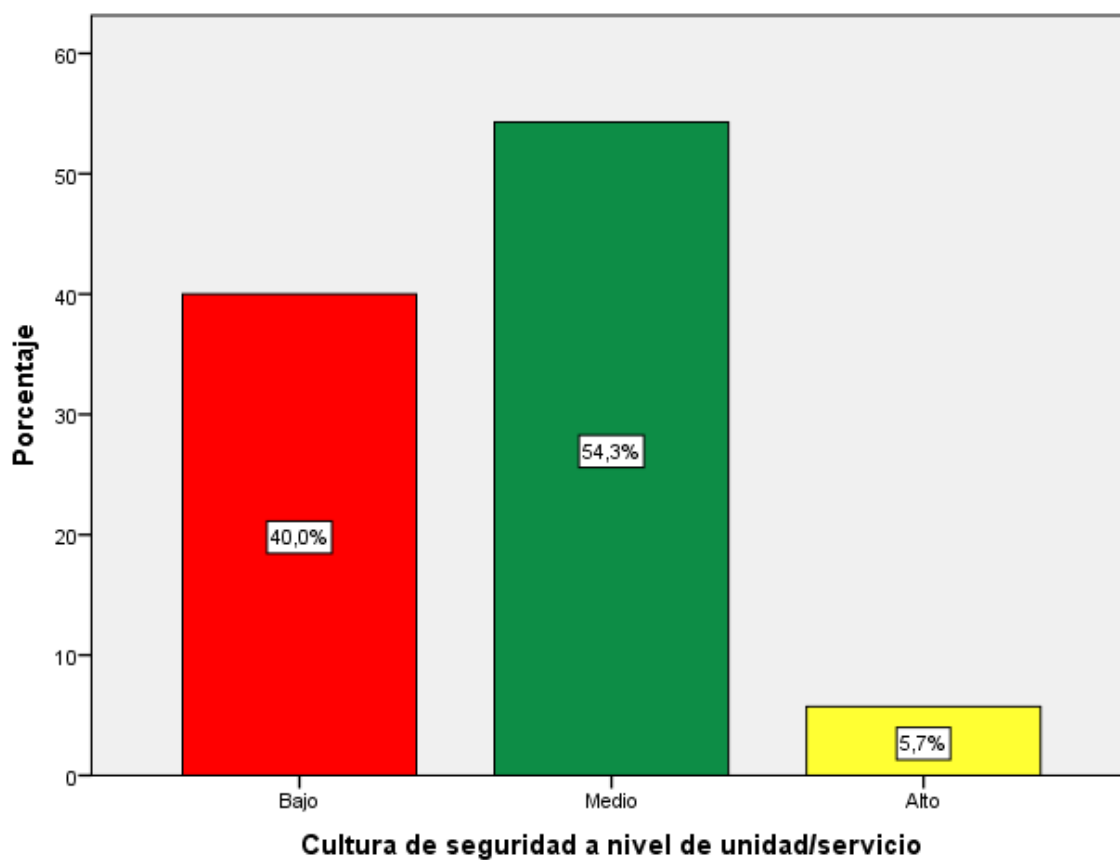
*Figura 9. Niveles de cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica de la clínica Sanna Golf*

En la tabla 12 y figura 9, se observó que de los 35 encuestados, el 37.1% percibió un nivel bajo, el 57.1% un nivel medio y el 5.7% percibe un nivel alto de cultura de seguridad del paciente a nivel de toda la clínica de la clínica Sanna Golf.

Tabla 13

*Niveles de cultura de seguridad de su servicio/unidad de la clínica Sanna Golf*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	14	40,0
	Medio	19	54,3
	Alto	2	5,7
	Total	35	100,0



*Figura 8.* Niveles de cultura de seguridad de su servicio/unidad de la clínica Sanna Golf

En la tabla 13 y figura 8, se observó que de los 35 encuestados, el 40% percibió un nivel bajo, el 54.3% un nivel medio y el 5.7% percibe un nivel alto de cultura de seguridad de su servicio/unidad de la clínica Sanna Golf.

### 3.2 Contrastación de hipótesis

Para probar esta hipótesis, se procedió a utilizar estadística no paramétrica: Prueba U de Mann-Whitney aplicada a dos muestras independientes.

#### 3.2.1 Hipótesis general

$H_0$ : No existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf, 2017

$H_1$ : Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf, 2017

Tabla 14

*Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica San Borja y Sanna Golf*

Rangos	Clínica Sanna San Borja (n=35)	Clínica Sanna Golf (n=35)	Test U de Mann-Whitney
Rango promedio	50,41	20,59	U= 90,500 Z = 6.133
Suma de rangos	1764,50	720,50	$p = .000$

En la tabla 14, se presentan los resultados para contrastar la hipótesis general: Existe diferencias significativas entre el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf, 2017; el puntaje del  $p$  \_value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es  $p=.000 < .05$  e indica diferencias significativas como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto,  $p = 0.000$  ( $p < 0.05$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, los encuestados de la clínica Sanna San Borja, obtuvieron puntuaciones, de cultura de seguridad del

paciente con un (Promedio = 50,41) a diferencia de los encuestados de la clínica Sanna Golf, obtuvieron resultados en las puntuaciones de cultura de seguridad del paciente con un (Promedio = 20,59). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf, 2016; siendo mayores los niveles de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica San Borja.

### 3.2.2 Contrastación de dimensiones

#### Primera hipótesis específica

Ho: No existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su resultado de la cultura seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf, 2017.

Hi: Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su resultado de la cultura seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf, 2017.

Tabla 15

*Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su resultado de la cultura seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf*

Rangos	Clínica Sanna San Borja (n=35)	Clínica Sanna Golf (n=35)	Test U de Mann-Whitney
Rango promedio	50,79	20,21	U= 77,500 Z = 6.288
Suma de rangos	1777,50	707,50	p = .000

En la tabla 15, se presentan los resultados para contrastar la primera hipótesis específica: Existe diferencias significativas entre el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería en su resultado de la cultura seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf, 2017; el puntaje del p

\_value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es  $p=.000 < .05$  e indica diferencias significativas como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto,  $p = 0.000$  ( $p < 0.05$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, los encuestados de la clínica Sanna San Borja, obtuvieron puntuaciones, de cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad con un (Promedio = 50,79) a diferencia de los encuestados de la clínica Sanna Golf, obtuvieron resultados en las puntuaciones de cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad con un (Promedio = 20,21). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal en su resultado de la cultura seguridad del paciente de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf, 2017; siendo mayores los niveles de la cultura de seguridad del paciente en su resultado de la cultura seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja.

### **Segunda hipótesis específica**

Ho: No existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su clínica en las clínicas San Borja y Sanna Golf, 2017.

Hi: Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su clínica en las clínicas Sanna San Borja y Sanna Golf, 2017.

Tabla 16

*Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su clínica en las clínicas Sanna San Borja y Sanna Golf*

Rangos	Clínica Sanna San Borja (n=35)	Clínica Sanna Golf (n=35)	Test U de Mann-Whitney
Rango promedio	48,80	22,20	U= 147,000 Z = 5.475
Suma de rangos	1708,00	777,00	p = .000



En la tabla 16, se presentan los resultados para contrastar la segunda hipótesis específica: Existe diferencias significativas entre el nivel de cultura de seguridad del paciente en su clínica de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf, 2017; el puntaje del  $p$  \_value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es  $p=.000 < .05$  e indica diferencias significativas como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto,  $p = 0.000$  ( $p < 0.05$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, los encuestados de la clínica Sanna San Borja, obtuvieron puntuaciones, de cultura de seguridad en su clínica con un (Promedio = 48,80) a diferencia de los encuestados de la clínica Sanna Golf, obtuvieron resultados en las puntuaciones de cultura de seguridad en su clínica con un (Promedio = 22,20). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la cultura de seguridad en su clínica en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf, 2017; siendo mayores los niveles de la cultura de seguridad en su clínica en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja.

### **Tercera hipótesis específica**

Ho: No existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf, 2017.

Hi: Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf, 2017.

Tabla 17

*Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de seguridad del paciente en su servicio/unidad de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf*

Rangos	Clínica Sanna San Borja (n=35)	Clínica Sanna Golf (n=35)	Test U de Mann-Whitney
Rango promedio	49,90	21,10	U= 108,500 Z = 5.927
Suma de rangos	1746,50	738,50	p = .000

En la tabla 17, se presentan los resultados para contrastar la tercera hipótesis específica: Existe diferencias significativas entre el nivel de cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad en el personal de enfermería de la clínica San Borja y Sanna Golf, 2017; el puntaje del  $p$ -value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es  $p=0.000 < .05$  e indica diferencias significativas como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto,  $p = 0.000$  ( $p < 0.05$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, los encuestados de la clínica San Borja, obtuvieron puntuaciones, de cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad con un (Promedio = 49,90) a diferencia de los encuestados de la clínica Sanna Golf, obtuvieron resultados en las puntuaciones de cultura de seguridad del paciente en la comunicación en su servicio/unidad con un (Promedio = 21,10). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la cultura de seguridad del paciente en la comunicación en su servicio/unidad en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna Golf, 2017; siendo mayores los niveles de la cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad de la clínica Sanna San Borja.

## **IV. Discusión**

## Discusión

En la presente tesis se investigó el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2016.

En relación a la hipótesis general los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor  $**p < .05$ , podemos afirmar que existe diferencias significativas entre cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017, coincidiendo con la investigación de Erazo, Pabon, Chocue y Arroyo (2016) en su investigación titulada *Nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de COOEMSSANAR IPS sede Túquerres durante el primer trimestre del año 2016*. Dicha investigación llegó a las siguientes conclusiones: En cuanto al funcionamiento de los procesos asistenciales se detecta que existe un bajo nivel de trabajo en equipo y coordinación entre sí, sin embargo se resalta que el trabajo está fundamentado bajo el respeto y apoyo mutuo, características que son fundamentales a la hora de brindar atención en salud, con calidad y seguridad. Asimismo, es claro que los profesionales de salud no han asumido una posición crítica y participativa frente a las exigencias de condiciones laborales aptas para prestar una atención en salud adecuada, lo cual refleja que hay un grave atentando contra los principios fundamentales del ejercicio profesional confirmado en las extenuantes jornadas y en la gran cantidad de trabajo como lo manifiestan los encuestados. Se evidencia que el personal presenta un alto grado de resistencia en el reporte de eventos adversos, además son indiferentes con respecto al grado de severidad del daño que puede ocasionar en el paciente, esto deja ver que la mayoría de los profesionales de salud no están comprometidos con un reporte oportuno. Hay bajos niveles de comunicación entre el área administrativa y asistencial convirtiéndose en un impedimento para lograr crear un ambiente de confianza y seguridad. La generación de una cultura de seguridad es un aspecto muy relevante dentro de las instituciones prestadoras de salud por tal manera para conseguirla se requiere trabajar en equipo, estar motivado en la cultura de reporte de eventos adversos, participar en el cumplimiento de la normatividad vigente, mantener vínculos permanentes de comunicación entre el área administrativa y asistencial esto contribuirá a garantizar que la actuación de

los profesionales y las instituciones se distinga por una cultura de seguridad que se traduzca en beneficio para todos.

En relación a la primera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor  $**p < .05$ , podemos afirmar que existe diferencias significativas entre resultados de la cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017, coincidiendo con la investigación de Giraldo y Montoya (2013) en tu investigación titulada *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un Hospital de Antioquia Colombia, 2013*. Las conclusiones fueron: El análisis de la información evidencia que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en los conceptos y paradigmas, que requiere mejorar algunas prácticas del personal de salud, 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 la alta dirección, entre otros, que permitan mejorar la cultura del reporte de eventos adversos y entender la seguridad como un asunto de responsabilidad compartida. Asimismo Turcios (2014) en su investigación titulada *Percepción de la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños*. El presente estudio consistió en realizar una encuesta, "Cuestionario sobre la cultura de seguridad del paciente en el hospital" de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a 685 profesionales del hospital. Se arribaron a las siguientes conclusiones: De acuerdo a las características sociodemográficas de los encuestados, la percepción de seguridad clínica que se obtuvo se considera significativa y de válida referencia. La dimensión más fuerte para la institución es el aprendizaje organizacional y la más débil es la respuesta punitiva a errores, por lo que respectivamente estas dimensiones tienen que ser utilizadas para la promoción y oportunidad en el mejoramiento de la seguridad del paciente. Se identifica como las mayores fortalezas las acciones que se realizan activamente para mejorar la seguridad del paciente; el apoyo, respeto y colaboración trabajando en equipo y el interés de la dirección para propiciar un ambiente de seguridad. Se identifica como oportunidades promover una cultura institucional educativa y no punitiva frente al reporte de eventos adversos, mejorar la comunicación entre jefes y subordinados y mejorar la inadecuada dotación de

personal para prestar una atención sanitaria de manera segura.

En relación a la segunda hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor  $**p < .05$ , podemos afirmar que existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en su clínica en las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017, coincidiendo con la investigación de Chalapú y Cuascota (2014) en su investigación titulada *Percepción del personal de enfermería del hospital "Dr. Carlos del Pozo Melgar" en el Cantón Muisne Provincia de Esmeraldas, sobre cultura de seguridad del paciente, junio 2013 a julio 2014*. Se concluyó: El personal que trabaja en esta unidad de salud es insuficiente y la mayoría de los encuestados afirmó que la deficiencia del personal les obliga a trabajar más tiempo y con una mayor carga laboral. La actitud positiva que el personal percibe de su líder, probablemente está influenciada por el hecho de ser una institución pequeña. Pero en relación a la seguridad del paciente al no haber protocolos ni sistemas de notificación establecidos no es posible valorar el liderazgo en esta área. El personal está preocupado por el ambiente laboral y las medidas que toma la dirección en esta institución, ya que la seguridad del paciente no es una prioridad. El personal no mantiene confidencialidad en información relacionada a la seguridad del paciente, lo que preocupa porque el análisis de situaciones de conflicto debería realizarse en reuniones de trabajo dirigidas para tal objetivo y basándose en documentación y registros. El personal afirma que el grado de Seguridad Del Paciente en esta unidad de salud es muy bueno, sin embargo no existe estándares, formularios, procesos establecidos en relación a Cultura de Seguridad del Paciente. El personal de enfermería nunca ha enviado reportes de eventos adversos, es decir que en el Hospital Carlos del Pozo Melgar no dispone de un sistema de notificación. En cuanto al tiempo que el personal de enfermería trabaja en esta institución, hay un grupo considerable que trabaja menos de cinco años, lo que también ocasiona que la experiencia y conocimientos en Cultura de Seguridad Del Paciente son heterogéneos.

En relación a la tercera hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor  $**p < .05$ , podemos afirmar que existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en su

unidad/servicio de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017, coincidiendo con la investigación de López, Puentes y Ramírez (2016) en su investigación titulada *Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta*. Los resultados mostraron fortalezas como el aprendizaje organizacional, las mejoras continuas y el apoyo de los administradores para la seguridad del paciente. Las dimensiones clasificadas como oportunidades de mejora fueron la cultura no punitiva, el personal, las transferencias y transiciones y el grado en que la comunicación es abierta. Se concluyó que aunque el personal percibía como positivo el proceso de mejoramiento y apoyo de la administración también sentía que era juzgado si reportaba algún evento adverso. Al respecto Cosavalente (2014) en su tesis titulada *La seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de cirugía – Hospital Essalud Naylamp, Chiclayo 2013*, los resultados demostraron que las enfermeras desarrollan actividades encaminadas a garantizar la seguridad del paciente, las cuales incluyen la aplicabilidad de la valoración de enfermería, gestión de recursos materiales, la administración correcta de medicamentos, educación durante la estancia hospitalaria y al momento del alta, considerándolo como componente de calidad en la atención de enfermería y a la vez deben estar acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad, de tal manera que permitan garantizar la seguridad del paciente. Se evidenció los eventos adversos referidos por las enfermeras siendo: las complicaciones postoperatorias, caídas de los pacientes durante la estancia hospitalaria, flebitis por catéter venoso periférico, ante estas situaciones diferentes pero que en cierta medida repercute en la seguridad del paciente evidenciamos que las enfermeras en su actuar diario aplican el conocimiento científico que sustenta el cuidado, desde la correcta técnica aséptica para manipular la herida quirúrgica, hasta la educación al paciente para evitar lesiones, además comprenden al identificar los EA son el primer paso para mejorar la seguridad y la calidad del cuidado de salud que se brinda al paciente. El profesional de enfermería del Hospital Naylamp emplea la comunicación oportuna entre el personal de salud, el reporte y las notas de enfermería para la notificación eventos adversos lo cual constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia en el cuidado al paciente, además es bien señalar

que la notificación depende no sólo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y esto se ve reflejado en los sujetos de investigación.



## **V. Conclusiones**

## Conclusiones

- Primera:** De acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017; ya que el nivel de significancia calculada es  $p < .05$  y U de Mann Whitney es de 90,500.
- Segunda:** De acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en su resultado de la seguridad de paciente de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017; ya que el nivel de significancia calculada es  $p < .05$  y U de Mann Whitney es de 77,500.
- Tercera:** De acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en su clínica en las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017; ya que el nivel de significancia calculada es  $p < .05$  y U de Mann Whitney es de 147,000.
- Cuarta:** De acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas la cultura de seguridad del paciente en la unidad /servicio en su servicio/unidad de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017; ya que el nivel de significancia calculada es  $p < .05$  y U de Mann Whitney es de 108,500.

## **VI. Recomendaciones**

## Recomendaciones

**Primera:** Se recomienda a los directivos de la clínica Sanna realizar talleres de capacitación sobre estrategias para la calidad de atención al paciente.

**Segunda:** A los directivos de la clínica Sanna implementar e incentivar la capacitación del personal de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente.

**Tercera:** A los jefes del servicio promover el trabajo en equipo y la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares.

**Cuarta:** A la jefa del servicio fomentar la responsabilidad compartida y la coordinación entre Unidades y Servicios, realizando estrategia colaborativas y cooperativas haciendo extensiva la sensación de trabajo en equipo entre todas las unidades.

## **V. Referencias bibliográficas**

- Abellán-García, F., Barreda, D., López, J., Requena, T., Sánchez, J. y Soler, E. (2012). Problemas éticos en la práctica asistencial del farmacéutico de hospital. In: *Fundación Salud 2000, editor. Ética Clínica en Farmacia Hospitalaria Madrid*, p. 47-107.
- Agencia Nacional para Seguridad del Paciente. (2004). *Siete pasos para la seguridad de los pacientes*. Reino Unido. Disponible en <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=59971&type=full&servicetype=Attachment>
- Alvarado, C. (2014). *Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval*. (Tesis de maestría). Lima, Perú: UNMSM.
- Ammouri, A. (2014). Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*, 62, 102-110.
- Barbosa, L. (2008). Establecimiento de una línea base de la cultura de seguridad de los pacientes en un hospital universitario de Bogotá. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 1(1), 19-28.
- Borrell, F. (2007). Ethics of clinical safety. Contributions from medical practice. *Med Clin (Barc)*, 129(5):176-183.
- Carpio, L. y Pesantes, J. (2012). *Nivel de conocimiento en seguridad del paciente en las enfermeras del hospital Regional Docente Las Mercedes. Chiclayo. 2012*. (Tesis de licenciatura). Pimentel, Perú: Universidad Señor de Sipán.
- Castolo, M., López, J. y Islas, R. (2010). Encuesta exploratoria sobre seguridad de los pacientes en Médicos Internos de Pregrado. *Revista CONAMED*, 15(3), 116–124.
- Chalapú, A. y Cuascota, A. (2014). *Percepción del personal de enfermería del hospital "Dr. Carlos del Pozo Melgar" en el Cantón Muisne Provincia de*

*Esmeraldas, sobre cultura de seguridad del paciente, junio 2013 a julio 2014.* (Tesis de licenciatura). Ecuador: Universidad Técnica del Norte.

Cometto, M., Gómez, P., Marcon, G., Zárate, R., De Bartoli, S. y Falconí, C. (2011). *Enfermería y seguridad de los pacientes.* (O. P. Salud, Ed.) Washington, D. C.

Cosavalente, Y. (2014). *La seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de cirugía – Hospital Essalud Naylamp, Chiclayo 2013.* (Tesis de licenciatura). Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Erazo, M., Pabon, S., Chocue, F. y Arroyo, L. (2016). *Nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de COOEMSSANAR IPS sede Túquerres durante el primer trimestre del año 2016.* Colombia: Universidad Católica de Manizales.

Fernández, M. (2016). *Evaluación y mejora de la calidad del proceso farmacoterapéutico en un hospital terciario.* (Tesis doctoral). España: Universidad de Valencia.

Giraldo, P. y Montoya, M. (2013). *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un Hospital de Antioquia Colombia, 2013.* (Tesis de maestría). Medellín, Colombia: Universidad CES.

González, C. (2016). *La investigación de incidentes y eventos adversos como herramienta para mejorar la cultura de seguridad de pacientes.* (Tesis doctoral). España: Universidad de Coruña.

Halligan, M. y Zecevic, A. (2011). Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Quality & Safety*, 20(4), 338–343. doi:10.1136/bmjqs.2010.040964

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª edición. México: Edamsa Impresiones S.A.
- Hernández, D., Flores, A., López, L. y Ponce, R. (2010). Revisión del programa de auto-seguridad y corresponsabilidad del paciente “Juntos por tu salud” en el Hospital Central Militar. *Revista CONAMED*, 15(2), 69–74.
- López, V., Puentes, M. y Ramírez, A. (2016). *Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta*. (Tesis de maestría). Colombia: Universidad del Rosario.
- Menéndez, M., Martínez, A., Fernandez, M., Ortega, N., Díaz, J. y Vazquez, F. (2010). Walkrounds and briefings in the improvement of the patient safety. *Rev Calid Asist*, 25(3):153–60.
- Ministerio de la Protección Social. (2009). *La Seguridad del paciente y la atención segura*. Colombia.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Siete pasos para la seguridad del paciente en Atención Primaria*. Disponible en: [http://www.calidadasistencial.es/images/gestion\\_soc/documentos/236.pdf](http://www.calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/236.pdf)
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español*. Madrid, España: Paseo del Prado.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, España: Paseo del Prado.
- Mora, A. (2014). *Factores asociados a la cultura de seguridad clínica en la agencia sanitaria Costa del Sol*. (Tesis doctoral). España: Universidad de Málaga.



- Organización Mundial de la Salud. (2004). *World alliance for patient safety: forward programme*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7237), 768–770.
- Rotteau, L., Shojania, K. y Webster, F. (2014). I think we should just listen and get out: a qualitative exploration of views and experiences of Patient Safety Walkrounds. *BMJ Qual Saf*, 23(10):823–9.
- Salas, E., Paige, J. y Rosen, M. (2013). Creating new realities in healthcare: the status of simulation-based training as a patient safety improvement strategy. *BMJ Qual Saf*, 22(6):449–52.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseño en la investigación científica*. 5ª edición. Lima-Peru: Business support Aneth S.R.L.
- Solar, L. (2014). *Seguridad del paciente en los cuidados de enfermería*. (Tesis de licenciatura). España: Universidad de Cantabria.
- Turcios, N. (2014). *Percepción de la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños*. (Tesis de maestría). Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Varela, Y. (2014). *Seguridad del paciente y gestión del riesgo*. Madrid.

## **ANEXOS**

### Anexo A. Matriz de Consistencia

<b>TÍTULO:</b> Cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017						
<b>AUTOR:</b> Br. Yvonne Llagas Farro						
<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>VARIABLES E INDICADORES</b>			
<p><b>Problema general</b> ¿Qué diferencias existen en la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017?</p> <p><b>Problemas específicos:</b> ¿Qué diferencias existen en la la cultura de seguridad del paciente en su dimensión resultados de la cultura de seguridad de la clínica Sanna san Borja y Sanna El Golf, 2017?</p> <p>¿Qué diferencias existen la cultura de seguridad del paciente en su dimensión nivel de todo la clínica. de la clínica Sanna san Borja y Sanna El Golf, 2017?</p> <p>¿Qué diferencias existen en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión unidad/ servicio de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Comparar el nivel de cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017</p> <p><b>Objetivos específicos:</b> Comparar el nivel de cultura de seguridad del paciente en su dimensión resultados de la cultura de seguridad de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017</p> <p>Comparar el nivel de Calidad de atención en su dimensión nivel de toda la clinica de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017</p> <p>Comparar el nivel de cultura de seguridad del paciente en su dimensión unidad/ servicio de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017</p>	<p><b>Hipótesis general</b> Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017</p> <p><b>Hipótesis específicas</b> Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión resultados de la cultura de seguridad de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017</p> <p>Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión nivel de toda la clinica de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017</p> <p>Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión unidad/ servicio de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017</p>	<b>Variable 1: Cultura de seguridad del paciente</b>			
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Niveles rangos</b>
			RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	1. Frecuencia de eventos notificados.  2. Percepción de seguridad	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22	Muy en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy de Acuerdo
CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO LA CLINICA.	3. Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad  4. Aprendizaje organizacional.  5. Trabajo en equipo dentro de la unidad hospitalaria.  6. Apertura en la comunicación.  7. Trabajo en equipo entre unidades hospitalarias.  8. Cambios de turno y rotación en el hospital.	23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33	Muy en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De Acuerdo Muy de Acuerdo			

Borja y Sanna El Golf, 2017 ?		2017		9. Asignación de personal. 10. Apoyo del hospital en la seguridad del paciente.		
			<b>Cultura de seguridad a nivel de Unidad/servicio</b>	11. Retroalimentación y comunicación acerca del error. 12. Respuesta de no castigo al error.	34,35,36,37,38,39,40,41,42	Nunca Casi nunca A veces Casi siempre Siempre
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA E INFERENCIAL			
<b>Tipo:</b> <b>Sustantiva</b> <b>Nivel</b>  Se trata de un estudio: Descriptivo (se recolectan datos que describen la situación actual). Diseño No experimental Transversal Comparativo	<b>Población:</b> La población estuvo comprendida por el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja 35 y Sanna El Golf 35  <b>Tipo de muestra:</b> Se realizó un muestreo probabilístico de acuerdo a los objetivos de la investigación.  <b>Tamaño de muestra:</b> Se tendrá una muestra de. <b>Los criterios de inclusión</b> -Tener cargo de Licenciada de enfermería -Tener contrato como personal nombrado y /o CAS.	<b>Variable 1:</b> Cultura de seguridad del paciente  <b>Técnicas:</b> Encuesta  <b>Instrumentos:</b> Cuestionario de respuestas divididas en negativas, neutrales y positivas.	<b>Descriptiva:</b> Se utilizó las tablas de frecuencias y las figuras a fin de poder interpretar las tendencias de las respuestas de los trabajadores al cuestionario.			

## Anexo B

### CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Le pedimos su opinión sobre seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos. Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico. **Su opinión es muy importante para todos.**

**Un incidente** es cualquier suceso que hubiera podido provocar daño o complicación en otras circunstancias o aquel que pueda favorecer la aparición de un efecto adverso.

**La seguridad del paciente** son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención en salud.

#### INFORMACION GENERAL:

SEXO: M      F

EDAD: .....

Condición Laboral: ..... Tiempo de experiencia

Laboral..... Por favor, señale con una cruz/ aspa (x) su

<b>Sección A: Resultados de la cultura seguridad del paciente</b>					
Por favor, piense en su práctica clínica de correspondiente tiempo.					
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
1. El personal se apoya mutuamente.					
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.					
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
10. No se producen más fallos por casualidad.					
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".					
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad					
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.					
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
16. Cuando se comete un error, el personal teme					

que eso quede en su expediente.					
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la 'seguridad del paciente'.					
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.					

### Sección B: Cultura seguridad a nivel de toda la clínica

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su clínica

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
23. La gerencia o la dirección de la clínica facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.					
24. Las diferentes unidades de la clínica no se coordinan bien entre ellas.					
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.					
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/ unidades.					
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
30. La gerencia o dirección de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
31. La gerencia/dirección de la clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente					
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes					
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					

### Sección C: cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio

Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De Acuerdo	Muy de Acuerdo
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado					

a cabo.					
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.					
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que sería hecho de forma incorrecta					
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.					
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					

**Muchas gracias por su colaboración.**

**Anexo C. Confiabilidad de la variable cultura de seguridad del paciente**

SUJETOS DE INVESTIGACIÓN - REPRESENTATIVOS -	IT 1	IT 2	IT 3	IT 4	IT 5	IT 6	IT 7	IT 8	IT 9	IT 10	IT 11	IT 12	IT 13	IT 14	IT 15	IT 16	IT 17	IT 18	IT 19	IT 20	IT 21	IT 22	IT 23	IT 24	IT 25	IT 26	IT 27	IT 28	IT 29	IT 30	IT 31	IT 32	IT 33	IT 34	IT 35	IT 36	IT 37	IT 38	IT 39	IT 40	IT 41	IT 42	
Enfermera 1	2	2	2	2	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	4	3	3	4	3	2	4	2	4	4	3	3	3	
Enfermera 2	4	3	2	2	1	3	2	1	3	3	3	3	3	3	4	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	2	4	3	3	5	4	5	4	4	2	4	4	3	3	4	5	
Enfermera 3	4	3	3	3	4	3	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	5	3	3	5	5		
Enfermera 4	5	5	5	4	4	4	2	4	4	4	4	4	5	3	4	4	5	4	4	2	4	4	4	5	3	4	4	5	4	4	2	5	2	5	3	3	2	3	5	3	4	4	
Enfermera 5	1	3	3	2	5	4	5	2	3	3	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	4	4	4	3	2	3	3	2	3	3	5	5	
Enfermera 6	4	4	3	5	4	4	4	5	3	5	4	4	5	4	4	3	3	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4	3	3	5	4	4	5	5	4	4	4	3	5	5	4	4	5
Enfermera 7	3	3	4	4	4	4	5	4	3	3	4	4	4	4	5	4	3	3	4	3	3	4	4	4	2	5	4	3	3	4	3	3	3	3	3	4	2	3	5	4	4	4	3
Enfermera 8	3	4	4	3	4	5	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	3	4	4	3	3	4	4	2	2	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	2	2	4	4	
Enfermera 9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	2	5	5	5	5	2	5	5	2	5	4	4	2	4	5	2	5	5	2	5	5	5	5	5
Enfermera 10	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	5	5	5	
Enfermera 11	1	3	3	2	5	4	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	4	4	4	3	2	3	3	2	3	3	5	5	
Enfermera 12	2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	4	3	3	4	3	2	4	2	4	4	3	3	3	
Enfermera 13	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	3	4
Enfermera 14	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	4
Enfermera 15	3	4	3	4	3	2	4	3	4	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	4	2	4	3	3	3	3	3	4	4	2	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3
Enfermera 16	4	3	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	2	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	5	3	4	4	4	3	4	2	4	4	4	4	4	5	4	4
Enfermera 17	3	3	5	5	5	4	4	4	5	5	4	4	5	2	5	2	5	5	5	5	2	5	4	5	4	2	2	2	5	2	4	4	2	5	4	4	4	4	4	5	4	5	5
Enfermera 18	4	5	3	5	3	4	5	4	3	1	2	4	3	2	4	5	3	4	2	3	1	3	4	5	4	4	4	5	2	4	3	2	3	5	4	4	3	5	5	4	4	4	
Enfermera 19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	2	5	4	5	4	4	5	5	4	5	5	4	3	4	3	5	5	4	5	
Enfermera 20	2	2	4	5	2	5	2	2	4	2	4	5	4	2	4	2	5	2	5	2	4	2	2	5	3	4	4	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	5	3	2	4

1.41	0.95	1.04	1.34	1.09	0.83	1.31	1.05	0.54	1.13	0.61	0.81	0.73	0.85	0.66	0.83	1.04	0.94	0.73	0.91	1.03	0.83	0.49	0.93	0.83	0.71	0.75	1.14	0.93	0.54	0.75	0.75	0.75	0.66	0.65	0.64	0.69	1.05	0.8	0.74	0.75	0.59
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	-----	------	------	------



## CONFIABILIDAD ALFA DE CRONBACH

$$\alpha = \frac{K}{K-1} * \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

$K$  : Número de ítems

$\sum S_i^2$  : Sumatoria de Varianzas de los ítems

$S_T^2$  : Varianza de la sumatoria de las valoraciones por ítem

$\alpha$  : Coeficiente Alfa de Cronbach

$$K = 42$$

$$K-1 = 41$$

$$\sum S_i^2 = 35.7525$$

$$S_T^2 = 419.6475$$

$$\alpha = \boxed{0.937}$$

## Anexo D. Base de datos

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	D1	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	D2	
1	3	3	2	2	3	4	1	4	4	4	3	1	2	4	1	3	3	2	5	3	1	3	61	2	4	4	5	1	2	5	4	3	3	1	34	
2	4	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	90	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	46	
3	5	5	4	4	5	4	5	5	3	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	95	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	46	
4	3	3	4	3	5	3	4	4	5	3	4	5	5	5	5	4	4	3	3	4	4	5	88	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	51	
5	3	5	4	3	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	3	5	3	4	4	5	3	4	94	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	5	50	
6	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	87	4	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5	45	
7	3	3	4	4	4	5	4	3	3	4	4	3	5	4	4	5	1	3	4	4	4	3	81	5	4	4	5	1	3	4	4	4	4	5	43	
8	5	3	3	4	4	4	2	4	3	4	4	3	5	2	2	4	3	3	4	4	3	4	77	2	5	5	4	5	4	4	4	4	4	5	46	
9	5	5	4	4	5	5	5	5	2	5	5	3	5	4	4	3	4	5	4	3	4	4	93	5	4	4	5	4	5	4	4	4	5	5	49	
10	5	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	88	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	44	
11	5	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	5	5	3	3	4	5	3	3	4	3	3	86	5	3	3	4	5	3	3	4	3	4	5	42	
12	3	3	3	4	4	3	3	3	4	2	4	5	1	1	3	1	5	2	2	2	2	4	64	4	2	3	3	4	4	4	3	4	4	5	40	
13	5	4	3	3	3	4	3	5	3	3	3	4	5	4	4	4	5	4	3	4	3	4	83	5	4	4	4	5	4	3	3	4	3	4	43	
14	3	3	2	2	3	4	1	4	4	4	3	1	2	4	1	3	3	2	5	3	1	3	61	2	1	4	5	1	2	1	4	3	3	1	27	
15	5	5	4	3	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4	99	5	4	4	5	5	4	4	5	4	5	5	50	
16	3	3	2	2	3	4	1	4	4	4	3	1	2	4	1	3	3	2	5	3	1	3	61	2	1	4	5	1	2	1	4	3	3	1	27	
17	5	5	5	5	5	5	5	5	2	5	4	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	5	103	5	5	5	5	5	5	2	5	5	2	5	49	
18	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	4	3	5	4	4	4	92	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	47	
19	5	5	3	3	5	3	5	3	3	5	3	5	3	5	4	3	5	5	3	5	5	5	91	5	5	4	5	5	5	5	5	5	3	5	52	
20	4	5	4	4	4	4	5	3	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	3	5	5	5	98	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	52	
21	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	42	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22
22	3	3	2	2	3	4	1	3	4	4	3	1	2	4	1	3	3	2	3	3	1	3	58	2	1	4	3	1	2	1	4	3	3	1	25	
23	4	5	5	5	5	3	5	5	5	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	102	5	5	4	5	5	5	5	5	4	4	5	52	
24	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	5	5	5	4	4	4	94	5	4	4	4	5	5	5	4	4	4	5	49	

25	3	3	2	2	3	4	1	4	4	4	4	3	1	2	4	1	3	3	2	5	3	1	3	61	2	1	4	5	1	2	1	4	3	3	1	27
26	3	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	91	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	5	47
27	5	5	3	4	4	5	3	4	3	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	2	2	2	87	5	5	5	5	4	4	4	2	2	4	5	45
28	3	5	4	4	4	5	4	3	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	4	4	4	4	94	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	49	
29	3	3	2	2	3	4	1	4	2	4	3	3	2	4	1	3	3	2	5	3	1	3	61	2	1	4	5	1	2	1	4	3	3	1	27	
30	2	3	3	4	4	5	4	4	3	4	4	5	4	3	5	5	5	4	4	4	4	3	86	4	3	5	5	5	4	4	4	4	4	5	47	
31	4	5	4	4	2	5	4	3	3	3	3	4	5	4	4	5	5	3	4	4	4	4	86	5	4	4	5	5	3	4	4	4	3	4	45	
32	5	3	3	5	5	5	5	4	3	5	5	3	3	4	5	5	5	5	4	4	4	4	94	5	4	5	3	5	5	4	4	4	5	5	49	
33	5	5	3	2	5	5	5	4	3	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	99	5	5	5	3	3	5	3	5	4	4	5	47	
34	4	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	4	93	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	5	47	
35	4	3	4	4	5	5	4	4	3	4	4	5	5	5	4	5	3	5	4	4	3	3	90	5	5	4	5	5	5	4	4	3	4	5	49	

P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40	P41	P42	D3	V1
2	4	1	3	3	2	5	3	3	26	121
4	4	4	5	4	4	4	4	4	37	173
4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	177
5	5	5	4	4	5	5	4	5	42	181
5	4	4	5	5	4	4	5	4	40	184
4	4	3	4	4	4	4	4	4	35	167
5	4	4	5	1	3	4	4	3	33	157
5	2	2	4	5	2	4	4	4	32	155
5	4	4	5	4	5	4	4	4	39	181
4	4	4	4	4	4	4	4	4	36	168
5	3	3	4	5	3	3	4	3	33	161
1	1	5	1	5	2	2	2	4	23	127
5	4	4	4	5	4	3	4	4	37	163
2	4	1	3	3	2	5	3	2	25	113

5	4	4	5	5	4	4	5	4	40	189
2	4	1	3	3	2	5	3	1	24	112
3	5	4	5	4	4	2	3	5	35	187
5	4	4	4	4	4	5	4	4	38	177
5	5	4	5	5	5	5	5	5	44	187
4	4	4	5	5	5	5	5	5	42	192
2	2	2	2	2	2	2	2	2	18	82
2	4	1	3	3	2	5	3	1	24	107
5	5	4	5	5	5	5	5	4	43	197
5	4	4	4	5	5	5	4	4	40	183
2	4	1	3	3	2	5	3	1	24	112
4	3	4	3	4	4	4	4	4	34	172
5	5	5	5	4	4	4	2	2	36	168
3	5	4	5	5	4	4	4	4	38	181
2	4	1	3	3	2	5	3	2	25	113
4	3	5	5	5	4	3	3	3	35	168
5	4	4	5	3	3	4	4	4	36	167
5	4	5	5	5	5	4	3	4	40	183
3	3	3	5	5	5	5	5	4	38	184
4	5	4	3	5	4	4	4	4	37	177
5	5	4	5	5	5	4	4	3	40	179

N	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	D1	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	D2
1	3	1	1	3	1	1	2	1	2	2	1	1	1	3	1	1	1	3	1	3	1	1	35	1	3	1	2	1	2	1	2	1	1	1	16
2	4	2	3	2	3	3	3	3	2	3	1	3	2	3	3	3	2	5	3	4	2	3	62	2	3	3	3	3	2	3	2	4	3	2	30
3	5	2	1	2	3	3	1	3	2	3	1	3	2	3	3	3	2	5	4	5	2	1	59	2	3	3	1	3	2	3	2	5	3	2	29
4	4	2	1	2	3	3	3	3	2	3	1	3	2	3	3	3	2	4	4	4	2	1	58	2	3	3	3	3	2	3	2	4	3	2	30
5	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	46	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	23
6	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	1	3	2	3	1	3	2	3	2	2	2	52	3	2	3	3	3	3	3	3	2	1	3	29
7	1	1	1	2	1	2	1	2	2	4	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	45	3	4	3	1	2	2	2	2	3	2	2	26
8	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	1	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	54	3	2	3	3	3	3	3	3	2	1	3	29
9	1	3	3	3	2	3	4	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	3	3	52	3	4	3	4	2	2	2	2	1	2	2	27
10	2	2	2	1	2	2	2	5	1	1	2	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	50	1	2	2	2	5	1	5	1	2	3	3	27
11	1	3	3	2	1	2	1	3	4	2	4	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	40	2	1	2	1	1	2	2	1	1	1	2	16
12	3	1	3	2	2	2	3	3	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	3	42	2	1	3	1	1	3	2	3	1	1	2	20
13	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	3	3	3	3	2	2	3	1	1	2	2	1	41	5	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	29
14	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	30	1	1	2	2	2	1	2	1	1	1	1	15
15	5	2	3	2	3	4	4	3	2	2	4	3	4	2	4	2	4	2	2	2	2	3	64	3	2	2	2	2	3	4	4	5	3	4	34
16	3	2	2	3	2	2	3	3	3	1	3	3	3	1	3	4	1	2	4	4	2	2	56	1	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	28
17	3	3	3	3	4	3	4	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	62	4	3	5	3	4	4	4	4	3	3	3	40
18	2	3	2	3	1	1	1	2	1	2	2	4	5	2	2	3	4	2	5	2	2	3	54	4	4	2	1	3	1	1	1	2	4	5	28
19	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	58	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	30
20	2	3	3	3	1	1	1	2	1	2	4	4	2	2	2	4	2	3	4	2	3	3	54	3	3	3	2	1	2	2	1	2	4	2	25
21	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	40	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1	19
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
23	3	3	2	2	2	2	3	4	3	3	3	2	2	2	2	3	3	4	4	2	2	3	59	3	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	25
24	3	4	2	2	3	3	2	2	2	2	4	4	2	2	5	4	2	2	3	2	2	2	59	4	2	2	3	2	2	3	4	3	4	2	31
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
26	4	5	3	4	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	4	3	3	3	2	4	5	3	67	4	3	3	4	2	3	2	3	4	2	2	32
27	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	3	2	2	3	2	5	3	3	3	3	2	2	48	3	3	2	2	2	3	3	2	1	2	2	25

28	2	2	2	2	2	1	1	1	1	4	5	1	4	2	4	1	1	4	1	1	2	3	47	3	3	2	3	2	3	2	3	3	1	4	29
29	3	1	3	1	1	3	1	3	3	1	1	2	1	3	3	1	1	1	2	1	3	1	40	3	1	3	3	1	1	3	2	1	2	1	21
30	3	4	3	3	3	2	2	2	2	3	3	5	5	5	4	3	5	4	3	4	5	5	78	5	4	3	5	5	5	3	5	3	5	5	48
31	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	3	2	4	4	5	46	3	4	4	4	3	4	3	4	3	3	1	36
32	3	4	3	3	3	2	2	2	2	3	3	5	5	3	4	3	3	3	2	2	2	2	64	1	2	1	3	3	1	1	1	2	5	5	25
33	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	5	50	2	2	2	1	3	1	1	1	1	2	2	18
34	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	4	4	4	3	3	4	2	5	4	5	66	4	4	2	4	4	5	4	2	5	3	4	41
35	1	2	1	3	3	1	1	1	2	2	2	4	2	4	2	2	3	3	2	2	2	2	47	4	5	2	2	2	2	5	2	2	4	2	32

P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40	P41	P42	D3	V1
1	1	3	3	1	1	3	1	1	15	66
3	3	3	2	5	3	4	2	5	30	122
3	3	3	2	5	4	5	2	4	31	119
3	3	3	2	4	4	4	2	5	30	118
2	1	2	2	2	1	2	2	1	15	84
2	3	1	3	2	3	2	2	2	20	101
2	3	2	2	2	2	3	3	3	22	93
2	3	3	3	2	3	2	2	2	22	105
2	2	2	2	2	2	1	3	3	19	98
3	3	3	2	2	3	2	2	3	23	100
1	3	1	1	2	1	1	1	1	12	68
1	2	1	2	1	2	1	1	3	14	76
3	2	2	3	2	1	2	2	2	19	89
1	1	2	2	2	2	1	1	1	13	58
2	4	2	4	2	2	2	2	4	24	122
1	3	4	1	2	4	4	2	2	23	107
2	2	2	2	3	3	3	3	5	25	127

2	2	3	4	2	5	2	2	1	23	105
2	2	2	2	3	3	3	2	2	21	109
2	2	4	2	3	4	2	3	1	23	102
2	1	2	1	2	2	2	2	1	15	74
1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	43
2	2	3	3	4	4	2	2	4	26	110
2	5	4	2	2	3	2	2	4	26	116
1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	42
2	4	3	3	3	2	4	5	2	28	127
3	2	5	3	3	3	2	2	3	26	99
2	4	1	1	4	1	1	2	3	19	95
3	3	1	1	1	2	1	3	3	18	79
5	4	3	3	4	3	4	5	3	34	160
2	2	2	1	3	2	4	4	3	23	105
3	4	3	3	3	2	2	2	3	25	114
3	3	2	2	2	2	3	3	1	21	89
4	4	3	3	4	2	5	4	4	33	140
4	2	2	3	3	2	2	2	2	22	101

## Anexo E. Validación de Expertos



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE LAS CLÍNICAS SANNA SAN BORJA Y SANNA EL GOLF 2017**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: Resultados de la cultura de seguridad</b>							
1	El personal se apoya mutuamente.	✓		✓		✓		
2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	✓		✓		✓		
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	✓		✓		✓		
4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	✓		✓		✓		
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	✓		✓		✓		
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	✓		✓		✓		
8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	✓		✓		✓		
9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	✓		✓		✓		
10	No se producen más fallos por casualidad.	✓		✓		✓		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	✓		✓		✓		
12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	✓		✓		✓		
13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	✓		✓		✓		
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	✓		✓		✓		
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		





DIMENSIÓN 3: Cultura de seguridad a nivel de toda la clínica		SI	No	SI	No	SI	No
34	Quando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado	✓		✓		✓	
35	Quando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	✓		✓		✓	
36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	✓		✓		✓	
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	✓		✓		✓	
38	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	✓		✓		✓	
39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que sería hecho de forma incorrecta	✓		✓		✓	
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	✓		✓		✓	
41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	✓		✓		✓	
42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

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

Apellidos y nombres del juez validador: **Dra. Tamara Pando Ezcurra**   DNI: 03864754

Especialidad del validador: **Doctora en Educación.**

10 de febrero del 2017

*Tamara Pando E*

Firma del Experto Informante.

## Anexo F. Artículo científico



# Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf 2017

Br. Yvonne Llagas Farro

[rosay\\_llagasf@yahoo.com](mailto:rosay_llagasf@yahoo.com)

[Escuela de Postgrado](#)

Universidad César Vallejo Filial Los Olivos

### Resumen

El título de la investigación fue Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf, el objetivo general del presente trabajo fue comparar la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf del servicio de medicina y cirugía 2017.

El estudio fue de tipo sustantiva, de nivel explicativo con un diseño no experimental transversal, descriptivo comparativo, la población estuvo conformada por 35 personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y 35 personal de enfermería de la clínica Sanna El Golf., la técnica que se utilizó fue la encuesta con un cuestionario fue cultura de seguridad del paciente versión española de agency for healthcare research and quality- AHRQ (2009). Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS, versión 22. Se utilizaron frecuencia, figuras, prueba de kolgomorov-Smirnov para probar la normalidad de los datos de la muestra, se aplicó la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney.

Se concluye que existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El

Golf, 2017; ya que el nivel de significancia calculada es  $p < .05$  y U de Mann Whitney es de 90,500.

**Palabras clave:** Cultura, seguridad del paciente, personal de enfermería.

### **Abstract**

The title of the research was Culture of patient safety at Sanna San Borja and Sanna Golf Clinics, the general objective of this study was to compare the safety culture of the patient in the nursing staff of the clinics Sanna San Borja and Sanna Golf del Medical surgery service 2017.

The study was of a substantive type, with an explanatory level with a non-experimental cross-sectional, comparative descriptive design. The population consisted of 35 nursing staff from the Sanna San Borja clinic and 35 nursing staff from the Sanna Golf clinic. Was used was the survey with a questionnaire was safety culture of the patient Spanish version of agency for healthcare research and quality-AHRQ (2009). SPSS version 22 was used for data processing. Frequencies, figures, kolgomorov-Smirnov test were used to test the normality of the sample data, non-parametric U-Mann-Whitney test was used.

It is concluded that there are significant differences between the culture of patient safety in the nursing staff of the clinic Sanna San Borja and Sanna Golf, 2017; Since the calculated level of significance is  $p < .05$  and Mann Whitney U is 90,500.

**Key words:** Culture, patient safety, nursing staff.

### **Introducción**

#### **Definición de cultura de seguridad del paciente**

Mora (2014) afirmó: “Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias 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” (p. 70).

#### **Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente**

El Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) adaptó el Cuestionario AHRQ, donde la variable cultura de seguridad del paciente tiene tres dimensiones:

Resultados de la cultura de seguridad, cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio y cultura de seguridad a nivel de toda la clínica.

### **Dimensión 1: Resultados de la cultura de seguridad del paciente**

Esta dimensión se considera como medida del grado de seguridad y contiene dos indicadores con un total de siete ítems:

La frecuencia de situaciones que han sido notificadas, tienen 3 preguntas que comunican las observaciones de 3 formas de errores que son perjudiciales (a) Se informan las fallas que no lastima a las personas (b) Se informan las fallas que no perjudican a los enfermos (c) Se informan las fallas que presentan problemas que pueden haber sido perjudiciales al usuario.

Percepción de seguridad, incluye cuatro ítems, todos ellos dirigidos 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: a) nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente; b) nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia; c) no se producen más fallos por casualidad; y, d) en esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente".

### **Dimensión 2: Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio**

Esta magnitud incluye ocho indicadores que se resumen en un total de 27 ítems del temario, que tienen, no obstante entidad por sí mismos y merece por tanto estudiar de modo intenso:

Cuando se presentan expectativas y acción de direcciones y supervisiones de las unidades que benefician las seguridades, éstas tienen 4 preguntas que son de vital importancia para los pacientes de parte de los jefes de servicios: (a) El inspector comunica optimista cuando se toma las precauciones para prevenir a las personas (b) El supervisor recibe los aportes que hacen los empleados para mejorar la seguridad. (c) En el aumento de opresión de trabajo el jefe quiere que las labores se efectúe más rápido. (d) El supervisor no evalúa las quejas de las personas.

Aprendizaje organizacional/mejora continua, incluye tres ítems sobre la actitud proactiva en relación a la seguridad del paciente: a) se tiene actos encaminados a mejorar la seguridad del paciente; b) cuando se ubica los errores en

el servicio al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo y, c) los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.

### **Dimensión 3: Cultura de seguridad a nivel de toda la clínica**

Esta dimensión se divide en dos indicadores con un total de ocho ítems:

El servicio en conjunto con los servicios incluye 4 preguntas de características es que principalmente se observan como una dificultad en desarrollo con las observaciones positivas que tiene el trabajo en grupos de las mismas centros o servicios: a) la coordinación entre los centros de trabajo unidad de trabajo en conjunto (b) El servicio o unidad de trabajo de manera coordinada. (c) Los diversos servicios.

Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, incorpora cuatro ítems que pasan desapercibidos como especialmente dificultosos, aunque no destacan por cooperar de forma significativa a una buena cultura de seguridad : a) las informaciones de paciente se pierden, en parte, cuando son transferidos desde las unidades /servicios a otras; b) en cambios de turnos se pierden con muchas frecuencias informaciones importantes acerca de las atenciones que han recibido los pacientes; c) los intercambios de informaciones entre los diversos servicios es comúnmente problemático; y, d) surgimiento de problemas en las atenciones de usuarios como consecuencias de cambio de turnos.

### **Metodología**

El estudio fue cuantitativo de paradigma positivista, método hipotético – deductivo, de tipo sustantiva. El diseño de estudio fue No experimental – Transversal – Descriptivo comparativo.

El estudio fue de 70 enfermeras de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf del servicio de medicina y cirugía . La validez de la variable se dio a través de juicio de expertos con la aplicación de un cuestionario , donde el el coeficiente alfa de cronbach se realizó para la confiabilidad para el instrumento lo que representa una confiabilidad muy alta. Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó el el software Excel y el programa estadístico SPSS 22 , a través del cual se trabajó las frecuencias y porcentajes con sus tablas para la prueba de hipótesis y los resultados el U DE Mann Whitney.

## Resultados

### Primera hipótesis específica

Ho: No existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su resultado de la cultura seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017

Hi: Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su resultado de la cultura seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017

Tabla 15.

*Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su resultado de la cultura seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf*

Rangos	Clínica San Borja (n=35)	Sanna Sanna Golf (n=35)	Test U de Mann-Whitney
Rango promedio	50,79	20,21	U= 77,500 Z = 6.288
Suma de rangos	1777,50	707,50	p = .000

En la tabla 15, se presentan los resultados para contrastar la primera hipótesis específica: Existe diferencias significativas entre el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería en su resultado de la cultura seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017; el puntaje del p\_value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es  $p=.000 < .05$  e indica diferencias significativas como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto,  $p = 0.000$  ( $p < 0.05$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, los encuestados de la clínica Sanna San Borja, obtuvieron puntuaciones, de cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad con un (Promedio = 50,79) a diferencia de los encuestados de la clínica Sanna El Golf, obtuvieron resultados en las puntuaciones de cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad con un (Promedio = 20,21). Por tanto,

se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal en su resultado de la cultura seguridad del paciente de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017; siendo mayores los niveles de la cultura de seguridad del paciente en su resultado de la cultura seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja.

### Segunda hipótesis específica

Ho: No existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su clínica en las clínicas San Borja y Sanna El Golf, 2017

Hi: Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su clínica en las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017

Tabla 16.

*Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de cultura de seguridad del paciente en su clínica en las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf*

Rangos	Clínica San Borja (n=35)	Sanna Clínica Sanna El Golf (n=35)	Test U de Mann-Whitney
Rango promedio	48,80	22,20	U= 147,000 Z = 5.475
Suma de rangos	1708,00	777,00	p = .000

En la tabla 16, se presentan los resultados para contrastar la segunda hipótesis específica: Existe diferencias significativas entre el nivel de cultura de seguridad del paciente en su clínica de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017; el puntaje del  $p$  \_value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es  $p=.000 < .05$  e indica diferencias significativas como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto,  $p = 0.000$  ( $p < 0.05$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, los encuestados de la clínica Sanna San Borja, obtuvieron puntuaciones, de cultura de seguridad en su clínica con un (Promedio = 48,80) a diferencia de los encuestados de la clínica Sanna Golf,



obtuvieron resultados en las puntuaciones de cultura de seguridad en su clínica con un (Promedio = 22,20). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la cultura de seguridad en su clínica en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017; siendo mayores los niveles de la cultura de seguridad en su clínica en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja.

### Tercera hipótesis específica

Ho: No existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017

Hi: Existe diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017

Tabla 17.

*Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de seguridad del paciente en su servicio/unidad de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf*

Rangos	Clínica Sanna San Borja (n=35)	Clínica Sanna El Golf (n=35)	Test U de Mann-Whitney
Rango promedio	49,90	21,10	U= 108,500 Z = 5.927
Suma de rangos	1746,50	738,50	p = .000

En la tabla 17, se presentan los resultados para contrastar la tercera hipótesis específica: Existe diferencias significativas entre el nivel de cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad en el personal de enfermería de la clínica San Borja y Sanna El Golf, 2017; el puntaje del  $p$  \_value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es  $p=.000 < .05$  e indica diferencias significativas como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto,  $p = 0.000$  ( $p < 0.05$ ), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, los encuestados de la clínica San Borja, obtuvieron puntuaciones, de cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad con un (Promedio = 49,90) a diferencia

de los encuestados de la clínica Sanna El Golf, obtuvieron resultados en las puntuaciones de cultura de seguridad del paciente en la comunicación en su servicio/unidad con un (Promedio = 21,10). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la cultura de seguridad del paciente en la comunicación en su servicio/unidad en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017; siendo mayores los niveles de la cultura de seguridad del paciente en su servicio/unidad de la clínica Sanna San Borja.

### **Discusión**

En la presente tesis se investigó el nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2016.

En relación a la hipótesis general los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor  $**p < .05$ , podemos afirmar que existe diferencias significativas entre cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017, coincidiendo con la investigación de Erazo, Pabon, Chocue y Arroyo (2016) en su investigación titulada *Nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de COOEMSSANAR IPS sede Túquerres durante el primer trimestre del año 2016*. Dicha investigación llegó a las siguientes conclusiones : En cuanto al funcionamiento de los procesos asistenciales se detecta que existe un bajo nivel de trabajo en equipo y coordinación entre sí, sin embargo se resalta que el trabajo está fundamentado bajo el respeto y apoyo mutuo, características que son fundamentales a la hora de brindar atención en salud, con calidad y seguridad. Asimismo, es claro que los profesionales de salud no han asumido una posición crítica y participativa frente a las exigencias de condiciones laborales aptas para prestar una atención en salud adecuada, lo cual refleja que hay un grave atentando contra los principios fundamentales del ejercicio profesional confirmado en las extenuantes jornadas y en la gran cantidad de trabajo como lo manifiestan los encuestados. Se evidencia que el personal presenta un alto grado de resistencia en el reporte de eventos adversos, además son indiferentes con respecto al grado de severidad del daño que puede ocasionar en el paciente, esto deja ver que la mayoría de los profesionales de salud no están comprometidos con un reporte oportuno. Hay bajos niveles de comunicación entre el área administrativa y asistencial convirtiéndose en un

impedimento para lograr crear un ambiente de confianza y seguridad. La generación de una cultura de seguridad es un aspecto muy relevante dentro de las instituciones prestadoras de salud por tal manera para conseguirla se requiere trabajar en equipo, estar motivado en la cultura de reporte de eventos adversos, participar en el cumplimiento de la normatividad vigente, mantener vínculos permanentes de comunicación entre el área administrativa y asistencial esto contribuirá a garantizar que la actuación de los profesionales y las instituciones se distinga por una cultura de seguridad que se traduzca en beneficio para todos.

### **Conclusión**

De acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017; ya que el nivel de significancia calculada es  $p < .05$  y U de Mann Whitney es de 90,500.

### **Referencias**

- Erazo, M., Pabon, S., Chocue, F. y Arroyo, L. (2016). *Nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de COOEMSSANAR IPS sede Túquerres durante el primer trimestre del año 2016*. Colombia: Universidad Católica de Manizales.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. 6ª edición. México: McGraw-Hill.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *World alliance for patient safety: forward programme*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y diseño en la investigación científica*. 5ª edición. Lima-Peru: Business support Aneth S.R.L.