



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN
DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

La gestión y cultura de la seguridad en el personal asistencial del
hospital privado de Guayaquil, 2020

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

AUTORA

Banchón Naula, Karen Fernanda (ORCID: 0000-0003-1501-9487)

ASESORA

Dra. Díaz Espinoza, Maribel (ORCID: 0000-0001-5208-8380)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo

PIURA – PERÚ

2020

Dedicatoria

A Dios quien es el dueño esta vida, por brindarnos salud y sus bendiciones para alcanzar nuestros anhelados objetivos con amor y bondad.

A mis amados padres por el esfuerzo que han hecho durante todos estos años de vida sin darse por vencidos, brindándome la mejor educación con su amor y sacrificio día a día, los cuidados y el cariño que me han estado dando, por el apoyo económico y los buenos valores que me han inculcado para cumplir mis sueños, no les fallaremos.

A mi familia y amigos por ser fundamental en mi desarrollo y formación académico, por su compañía y apoyo moral, sentimental y la fe que pusieron en algún momento en aquellos tiempos de problemas que se presentaron en mi ciclo como estudiante.

Por supuesto a ustedes con mucho respeto.

Banchón Naula Karen Fernanda

Agradecimientos

Es ineludible estar agradecidos en cada momento que estuvimos en nuestros trabajos y en este arduo proyecto, a mí misma por los sacrificios realizados y la dedicación dada ante gran responsabilidad de este trabajo de investigación y sin duda al Hospital en el que se desarrollan los hechos por permitir que esta tesis se haya culminado.

En primer lugar y sobretodo agradezco a Dios por haberme permitido recorrer este gran camino hasta este momento y haberme brindado salud para alcanzar mis objetivos y poder avanzar en esta etapa profesional, también a nuestra asesora de tesis Dra. Maribel Díaz por su trabajo de guiarnos con gran paciencia y carisma que fueron la clave para nuestra formación como investigadores.

Por supuesto mis agradecimientos van dirigidos también a los docentes quienes compartieron sus conocimientos en cada momento de su cátedra, a Adrián quien fue un gran apoyo emocional y oportuno en el tiempo en que cursaba esta tesis y que ha estado en cada escalón de mi carrera como profesional.

Es un honor haberme compartido su tiempo.

Banchón Naula Karen Fernanda

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimientos	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract.....	VIII
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. MÉTODO.....	13
3.1 Tipo y diseño de investigación	13
3.2 Variables y operacionalización	14
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis	15
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	17
3.5 Procedimiento	19
3.6 Métodos de análisis de datos.....	19
3.7 Aspectos éticos.....	19
IV. RESULTADOS.....	20
V. DISCUSIÓN.....	31
VI. CONCLUSIONES.....	36
VII. RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS.....	38
ANEXOS	47

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Cuadro de la población personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil</i>	15
Tabla 2. <i>Evaluación de la validez del instrumento</i>	18
Tabla 3. <i>Confiabilidad de los instrumentos</i>	19
Tabla 4. <i>Nivel de la variable gestión en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020</i>	21
Tabla 5. <i>Nivel de las dimensiones de gestión en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020</i>	22
Tabla 6. <i>Nivel de la variable cultura de seguridad en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020</i>	23
Tabla 7. <i>Nivel de las dimensiones de cultura de seguridad en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020</i>	24
Tabla 8. <i>Correlación entre la variable gestión y cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020</i>	26
Tabla 9.. <i>Correlación entre la dimensión planeación y la variable cultura de seguridad, en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020</i>	27
Tabla 10. <i>Correlación entre la dimensión organización y la variable cultura de seguridad, en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020</i>	28
Tabla 11. <i>Correlación entre la dimensión dirección y la variable cultura de seguridad, en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020</i>	29
Tabla 12. <i>Correlación entre la dimensión control y la variable cultura de seguridad, en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020</i>	30

Índice de figuras

Figura 1.. Esquema del tipo de investigación	14
Figura 2. Niveles de la variable gestión en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020.....	21
Figura 3. Niveles de las dimensiones de gestión en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020.	22
Figura 4. Niveles de la variable cultura de seguridad en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020	23
Figura 5. Niveles de las dimensiones de cultura de seguridad en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020.....	25

Resumen

El presente trabajo se planteó como objetivo Determinar la relación entre la gestión y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020, el estudio se basa en las etapas de la gestión con relación a la cultura de seguridad las cuales son: planeación, organización, dirección y control. El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, de tipo básico, el diseño no experimental, descriptiva transversal correlacional, la muestra la conformaron 51 personal de personal asistencial, para la recolección de los datos se utilizó la técnica de la encuesta a través del cuestionario. Los resultados hallados demuestran que la gestión es evaluada como adecuada por un 80.4% de los encuestados y la cultura de la seguridad como alto por un 74.5%, lo mismo sucede con las dimensiones planeación (72.5%), organización (80.4%), dirección (98%) y control (80.4%). Conclusión: El personal asistencial de un hospital privado, presentaron un nivel adecuado en gestión con un 80.4% y la cultura de seguridad en el personal asistencial como alto por el 74,5% de los encuestados, lo cual significa que existe una correlación nula positiva

Palabras clave: gestión, cultura de seguridad, planeación, dirección y control.

Abstract

The objective of this work was to determine the relationship between management and safety culture in healthcare personnel of the private hospital in Guayaquil, 2020, the study is based on the management stages in relation to safety culture which they are: planning, organization, direction and control. The present study has a quantitative approach, of a basic type, non-experimental design, descriptive cross-sectional correlation, the sample was made up of 51 healthcare personnel, for data collection the survey technique was used through the questionnaire. The results found show that the management is evaluated as adequate by 80.4% of the respondents and the safety culture as high by 74.5%, the same happens with the dimensions planning (72.5%), organization (80.4%), direction (98%) and control (80.4%). Conclusion: The care staff of a private hospital presented an adequate level of management with 80.4% and the safety culture in the care staff as high by 74.5% of those surveyed, which means that there is a positive null correlation

Keywords: management, safety culture, planning, direction and control.

I. INTRODUCCIÓN

La cultura de seguridad (CS) se refiere al conjunto de conocimientos en la que se otorga gran interés a las creencias, los valores y las actitudes en tema de seguridad y que es compartida por los trabajadores que laboran en un centro médico, según la Organización Mundial de la Salud (OMS)(1). Además se adjunta en la gestión de hospital a manera de un elemento necesario, desde la visión del propósito y la angostura de los duales, de la misma forma la gestión clínica ya que a partir de aquello se observará resultados favorables (2).

Un estudio en Estados Unidos, Canadá y Europa determinó que es necesario conocer las consecuencias de una mala seguridad del personal asistencial teniendo así los eventos adversos (EA) pues están relacionados con la gestión hospitalaria ya sea antes, durante o después (3). En Brasil varios autores en su revisión destacan la trascendencia del diálogo en medio del equipo de salud acerca de la CS, permitiendo así prevenir errores en la atención y promover una mejora continua en la gestión (4). Para ello es necesaria la ejecución de ciertas formas de aviso sobre incidentes y eventos adversos, con una cultura que no sancione y sobre todo normas de mejora que comprometan a los trabajadores del área para de esta manera conservar su propia seguridad (5).

En un artículo realizado por Coronado V., et al. señalan que la cultura de la seguridad es un requisito clave para evitar la ocurrencia de incidentes para lo cual es necesario una adecuada gestión de Salud(6). Similar impacto produjo la investigación de Vasco G. en España quien detectó ciertos problemas como la dotación de personal y la percepción del talento humano pues fue negativa con respecto al soporte de la administración a la seguridad de los trabajadores de salud(7). En México se obtuvo resultados semejantes ya que en las debilidades encontradas, sobresalen 2 dimensiones las cuales son respuesta no punitiva a los errores y dotación de personal, las mismas pertenecen al campo de cultura de seguridad en el ítem servicio(8)

Pérez R. y Rojas T. en su pesquisa realizada en Guayaquil mencionó que por medio de la gestión podemos señalar a partir de donde surgen los errores

logrando evitar: desperdicios, pérdidas de tiempo y eventos adversos (9). En una investigación realizada en Quito, Zula N. detalla que en la tabulación de datos los eventos adversos con un 55% son considerados una fortaleza pero también es preocupante el 45% restante pues no reportan los errores ocurridos (10). En Cuenca, Pinos menciona lo esencial que es fase de la planeación pues es necesaria para el crecimiento exponencial del área de trabajo (11)

Según el Ministerio de Salud Pública (MSP) sostiene que el tema de CS es considerada primordial en la gestión hospitalaria, pues se encamina a evitar algún tipo de daño que pueda ser causada por la atención en salud, el mismo que debería ser conveniente para el usuario(12). En Cuenca la Norma Técnica de Seguridad del Paciente destaca que en sistemas tan complicados llegan a ser fallidos por la concurrencia de errores de una mala gestión ya sea en planeación o de ejecución durante el avance de los procesos de atención sanitaria generando los llamados eventos adversos (13).

La presente investigación será realizada en un hospital privado de Guayaquil, ubicado en la provincia de Guayas, fue fundado en 1564 y fue construido en su actual ubicación entre los años 1922 y 1930; es considerado el centro hospitalario más grande de atención médico general sin fines de lucro del Ecuador. Actualmente el hospital atiende de lunes a domingo con atención de 24 horas, cuenta con una consulta externa, área de hospitalización, área de emergencia, área de servicio privado además de un centro de diagnóstico de imágenes recientemente construido (14). En nuestra realidad se observa que no notifican sobre los diferentes errores cometidos en el área pues temen que exista alguna sanción además el trabajo en equipo es muy escaso lo cual es vital la ayuda entre sí ya que mejora el proceso de atención. Al respecto se conjetura que esta situación se relaciona por una comunicación ineficaz, mala gestión en los procesos, personal no comprometido, inseguridad en los procedimientos, desconocimiento de la cultura de seguridad.

Es necesario investigar por cuanto puede ocasionar algún evento adverso, lesiones, sufrimiento, incapacidad ya sea físico, social o psicológico, complicaciones significativas e incluso la muerte, denuncias por mala práctica

(15). Por lo tanto, esta investigación pretende disminuir la posibilidad de que en el sistema existan ciertas apariciones de equivocaciones y errores de las personas y aumentar la probabilidad de detectar a tiempo además de mitigar sus consecuencias; logrando así que los trabajadores de la salud vean la importancia de la cultura de seguridad en ellos (16)

A partir de lo revisado se formula la siguiente pregunta general, ¿De qué manera se relaciona la gestión con la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020? y como preguntas específicas: ¿De qué manera se relaciona la planeación con la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020?, ¿De qué manera se relaciona la organización con la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020?, ¿De qué manera se relaciona la dirección con la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020?, ¿De qué manera se relaciona el control con la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020?.

Por otro lado, el estudio se justifica debido a que en las instituciones de salubridad existen déficits sobre la cultura de la seguridad en la gestión hospitalaria, dado que esta situación no solo se refiere a algo determinado sino también a que el colaborador pueda crear conciencia y conocer acerca de la seguridad del usuario externo y los riesgos los cuales conllevan para que puedan implementar y considerar nuevas estrategias las cuales ayuden a solventar esta situación para sobrellevarla de mejor manera; por esto a través de actos y acciones se pueden regularizar los estudios sobre la planeación, organización, dirección y el control, de esta forma se puede ofrecer al personal herramientas contra los acontecimientos que se presenten en el campo laboral.

Posteriormente se plantea el objetivo general: Determinar la relación entre la gestión y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020. Y los objetivos específicos: Establecer la relación entre la planeación y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020, identificar la relación entre la organización y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020,

demostrar la relación entre la dirección y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020, conocer la relación entre el control y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020.

Finalmente se describe la hipótesis general: Existe relación significativa entre la gestión y cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020. Y como hipótesis generales: Existe relación significativa entre la planeación y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020, existe relación significativa entre la organización y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020, existe relación significativa entre la dirección y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020, existe relación significativa entre el control y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020.

II. MARCO TEÓRICO

Romero A, Cerro C, Capín A, et. al (Chile 2017), en su proyecto de investigación Evaluación de cultura de la seguridad tras alcanzar la certificación en gestión de riesgos para la seguridad del paciente (UNE 179003) planteó como objetivo conocer el nivel en cultura de seguridad del paciente en el área de Urgencias Pediátricas de una institución terciaria y comparar la percepción del trabajador en esta área de la cultura de seguridad en anterior y posterior a la obtención del certificado de Gestión de Riesgos en la seguridad del usuario de acuerdo a la norma UNE 179003; el estudio fue cuasiexperimental longitudinal prospectivo en el cual como instrumento de medición se utilizó la encuesta validada Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) dicha encuesta consta con 12 dimensiones en seguridad, además se tomó en cuenta como población a todos los profesionales de la unidad, los resultados arrojaron que las dimensiones mejor valoradas fueron las expectativas de los trabajadores del servicio y el trabajo en conjunto en la área y las de menos valoración en ambos períodos fueron la dotación en recursos humanos y el soporte de la Gerencia de la institución, declinando de manera significativa la apreciación de los profesionales en relación a las mismas en la encuesta realizada por segunda ocasión (17).

Roque R, Guerra R y Torres R. (Cuba 2018) en su estudio denominado Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud establece como objetivo analizar la aplicación de gestión integrada, basada en riesgos, de seguridad y calidad en el Centro Nacional de Cirugía de Mínimo Acceso, teniendo la intervención de litiasis biliar como caso de estudio. El cual fue una indagación exploratoria, documental y de campo, partiendo del análisis de los datos y pesquisa cualitativa recolectada en registros clínicos. Además se concluye que respecto a los riesgos el enfoque lograr activar la gestión en seguridad y calidad del usuario de una valoración ante ciertos obstáculos e inconformidades, referente a la gestión activa de los potenciales riesgos. Cuentan con un extra ya que en primera línea de este proceso está la colaboración del personal pues impulsa el reconocimiento de los riesgos potenciales, a pesar de que no hayan ocurrido fallas. Como oportunidades de aprendizaje tenemos los errores el cual ayuda en la prevención de posibles deterioros a futuro (18).

Roja J y Tinoco F. (Perú 2019), realizaron la investigación Diseño de un instrumento de gestión para evaluar la cultura de seguridad en el trabajo. Se planteó como objetivo identificar los factores que inciden en la Cultura de Seguridad. Estudio cuantitativo, de tipo prospectivo, transversal, descriptiva y explicativa. Entre los hallazgos del análisis de los 32 indicadores en el instrumento al personal sanitario resaltan que fue probable de corroborar la fiabilidad en 24, respecto a las primeras cuatro variables: comunicación efectiva bidireccional, liderazgo de seguridad, participación de los trabajadores en la construcción de existencia y seguridad de la cultura de enseñanza continua. El coeficiente alfa de Cronbach para la variable: postura hacia la culpa, no alcanzó a obtener el mínimo valor ya fijado, expresando una mínima permanencia interna en el grupo de ítems que los constituyen. Por lo tanto, se realizó una prueba de correlación solo a las cuatro primeras variables (19).

Austria S y Hernández L. (México 2018), desarrollaron un estudio La función directiva de gestión clínica de Enfermería y su efecto en seguridad del paciente, con el objetivo de comparar la función directiva (GCE) y su efecto en Seguridad, fue un estudio correlacional, en los trabajadores del área directiva anexo a dos Hospitales públicos de la ciudad de México. Por su parte, la muestra obtenida fue no probabilística específicamente por conveniencia. Del mismo modo, se llevó a cabo el análisis estadístico en: coeficiente de correlación de Spearman y Ji cuadrada, t de Student, entre los datos obtenidos en las siguientes variables existe relación significativa: “efectividad para la prevención de errores y seguridad de los usuarios” “cambios positivos posterior a la aparición de errores” “se hace un informe al usuario y mas no al inconveniente y de manera frecuente se trabaja en forma de dificultades” “prevención de un error que pueda ocurrir y así se pueda trabajar en una larga jornada” (20).

Sánchez F, Olmedo N y Rico A. (España 2018), desarrollaron el estudio Análisis de cultura seguridad del usuario en unidades extra-hospitalarias de hemodiálisis. Avance después de la creación en medidas, menciona como objetivo conocer la continuidad en actitudes y percepciones de trabajadores de áreas donde se realizan hemodiálisis relacionada con la protección del usuario. Fue cuantitativo, comparativo, transversal, descriptivo, para evaluar la cultura en seguridad seis

áreas de hemodiálisis por medio de un instrumento cuya versión es del Hospital Survey on Patient Safety. Al mismo tiempo pusieron en ejecución una forma de alerta en sucesos adversos; también se llevó a cabo el aprendizaje en el tema. Dieron como consecuencia que se ha aumentado de forma considerable el sistema de aviso expresada por los trabajadores sanitarios (62.5%). Reconocieron como fortificaciones: el feedback sobre errores (75.5%), labor en conjunto (86.2%) y perspectivas en dirección (75.1%). Por tal motivo, entre las doce dimensiones siete presentaron una relevante mejora en relación a un resultado anterior (21).

Sánchez J, et al. (22) (España, 2018) detalló en su investigación Gestión de eventos adversos en un Servicio de Cirugía oral y Maxilofacial el cual señaló como objetivo ejecutar las labores de prevención para mejorar la seguridad del usuario en un área de Cirugía Oral y Maxilofacial (COMF) reduciendo el efecto de EA y mejora de calidad. En su Estudio prospectivo, longitudinal y unicéntrico el cual mediante la metodología y análisis modal de efectos y fallos. Y en sus resultados obtenidos logramos una suma de siete labores de prevención (datos del usuario, tareas didácticas, mejora en procesos y protocolos, en la práctica clínica y procedimiento asistencial, además de ver exigencia en un listado oportuno de comprobación y miscelánea, aplicables a evitar ciertos eventos adversos críticos) y elaboración del cronograma en las diferentes mediciones preventivas.

Ramírez, A. (23) (Quito, 2019) resaltaron datos del estudio Mejoramiento de Gestión de Seguridad del Usuario en el Servicio de Hospitalización del Hospital Andino de Riobamba el cual tiene como objetivo mejorar la gestión. Con respecto a su metodología se hizo uso de la Matriz del Marco Lógico y sus instrumentos complementarios para lo cual fue necesario un árbol de problema. Se obtuvieron los siguientes resultados, se implementará una estrategia interna de caracterización de los usuarios y el plan de mantener una prevención de un equipo biomédico, precisando el procedimiento de habilidades seguras de manera administrativas en prestación de hospitalización además que con el proceso para un plan de aprendizaje y para prevenir caídas e instrucción acerca de la seguridad del usuario, se añadirá conocimientos seguros administrativos / asistencial de servicio en hospitalización.

Ortega, C.(24) Cuenca 2018, determinó en su estudio Cultura sobre seguridad del paciente hospitalizado y relación con componentes asociados en el profesional de enfermería de los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador 2016 cuyo objetivo fue determinar el conocimiento acerca de seguridad en el usuario hospitalizado y la relación de componentes que se asocian a los enfermeros de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga. Cuenca- Ecuador 2016. Estudio analítico de manera transversal con 191 enfermeros/as. El instrumento utilizado fue el cuestionario de la AHRQ, la relación entre el nivel de clima en seguridad del usuario se realizó la evaluación con Chi Cuadrado, OR y Test de Fisher. Considerando datos significativos estadísticamente $p < 0,05$. Para lo cual se obtuvo como resultado que las dimensiones que se identificaron como fuertes fueron: “Trabajo en conjunto en el Servicio / Unidad con un 75,26%“ e “Instrucción mejora/ organizacional continua” con un 84,12%”; y como debilidades fueron identificado la comunicación sobre errores con un 11,52% y la mejora continua con un 9,08%.

Muñoz, L. (25) Guayaquil 2016, realizó el estudio Adherencia del personal de enfermería en el programa seguridad del Paciente en el servicio de emergencia del Hospital Luis Vernaza: Presentación pedagógica cuyo objetivo principal es determinar adhesión de los enfermeros en la pautas de seguridad del usuario en el área crítica de la institución se aplicó 21 encuestas que fueron dirigidas a los enfermeros, se aplicó indicadores relacionados con seguridad entre esos:, Vigilancia de caídas, sucesos desfavorables, comunicación efectiva, caracterización del usuario e higiene de manos. Investigación cualitativa, adquiriendo de los resultados obtenidos fortificaciones que exponen el 95% dentro del cual se encuentra la higiene de manos del usuario, la seguridad que se adquiera en la caracterización del usuario, prevenir caídas y la correcta administración de medicinas; del mismo modo se encuentran respuestas que no resaltan por encima del 55% y se refieren al informe de sucesos desfavorables, recepción y entrega de defensa, afectando la efectiva comunicación.

De acuerdo a las teorías que sustentarán la pesquisa son diversas sin embargo se tomaron en consideración principalmente la población relacionada al estudio y las de mayor soporte en investigaciones previas así empezamos con la teoría que

establece desde el inicio de una gestión de acuerdo a una investigación realizada por Frederick W. Taylor, lo consideró como el arte y ciencia de saber lo que se pretende o desearía hacer y en lo posterior, hacerlo de la manera más óptima y por la ruta que sea más eficiente en 1911 (26) como una de las primeras definiciones, otro concepto que la Organización para la Excelencia de la Salud lo define como diseño, progreso y proceso de estrategias y habilidades para obtener la más eficiente relación entre calidad, costo y el esfuerzo por conseguir la efectividad y seguridad en los servicios que puede ofrecer un hospital(27).

En el 2015 otro concepto lo señala como que la gerencia hospitalaria surgió para que los subsistemas de salud, como clínicas, hospitales y unidades médicas cuenten con una administración eficiente para resolver las necesidades de la población(28) pero el concepto más actualizado ha sido por Domenech en el 2018 quien señala que es eminente directivo y administrativo, porque se refiere a las actividades organizacionales, que son de gran utilidad para la consecución de los objetivos y para maximizar la eficiencia, productividad y competitividad de las operaciones que se quiere lograr en el interior una organización o institución(29).

El modelo de gestión según Tobar conceptualiza que refiere a la manera en cómo se toman las decisiones ya que deben ser de forma clara, lógica y participativa. Realizar gestión implica sincronizar a los trabajadores de salud con la organización ya que si los beneficios del personal no están encaminados con la misión de la organización pueden experimentar fracaso. Los niveles de gestión en salud se dividen en tres los cuales son: macrogestión o gestión de sistemas el cual se relaciona con todas las políticas a nivel del estado, la financiación, regulación de estilos de vidas entre otros, luego tenemos la mesogestión o gestión de servicios en el cual implican los centros, hospitales y otros establecimientos de salud y por último la microgestión o gestión clínica donde la mayor carga es para los profesionales de salud (30).

De las definiciones anteriores podemos decir que Taylor, la Organización para la Excelencia de la salud y otro concepto descrito en el año 2015 coinciden que para que una administración funcione es necesario realizarlo de una forma eficaz y eficiente pero el concepto más completo que vamos a utilizar en nuestro estudio es el de Münch cuyo interpretación manifestó que es un medio cuya finalidad es

obtener la máxima eficiencia, calidad, rendimiento y potencial en la obtención de sus metas mediante el cual se organizan y mejoran los bienes de un grupo social.

El autor Münch presenta dimensiones conceptuales de la gestión las mismas que son encontradas en una fase estructural las cuales son las siguientes; uno de ellos la primera dimensión es la planeación es necesario por cuanto se conduce la organización, además es aquí en donde se plantean las metas y las estrategias para de esta forma disminuir los riesgos; la segunda dimensión es la organización en el que existen la delegación de sus funciones, procedimientos y responsabilidades todo bajo una metodología en el cual ayude a realizar un trabajo en corto tiempo (31).

Dirección es la tercera dimensión aquí se establecen todas los períodos del proceso mediante una guía además se orienta en acertar al momento de tomar decisiones y procesos de actitudes y conductas apropiadas; como cuarta dimensión tenemos control el cual lo discurre como la etapa del proceso administrativo el cual constituye esquemas con el fin de estimar efectos obtenidos con el fin de subsanar desvíos, optimar y prevenir de manera constante sistematizaciones. Estandarizándose los ordenamientos que se realizarán con la finalidad de establecer los datos obtenidos con el propósito de discrepar y cambiar desviaciones (31).

Otra de las teorías que tienen un mayor soporte de estudios previos y que se fundamenta desde sus inicios es la cultura de seguridad de un paciente ya que en 1980 se definió como el resultado del valor individual y en un grupo, percepciones, actitudes, competencias y estándares del comportamiento que determinan los estilos, la gestión de seguridad y la capacidad de salud (32) otro autor lo define como un grupo de formas para hacer y razonar amplia y significativamente compartidas por los colaboradores de una institución, en todo lo referente a la evaluación y su control en las principales actividades y sus riesgos (33).

También es descrito como el resultado de los aptitudes de cada individuo y en grupos en particular, percepción, actitud, patrones de comportamiento y competencia que establecen los tipos de gestiones de alguna institución de

salubridad, convicción y seguridad dentro de esta el cual fue definido por Pérez (34) y finalmente para Arias y Gómez lo interpretan como es la totalidad de particularidades y actitudes en las instituciones y en el personal el mismo que debe afianzar sobre los temas de seguridad que se acogen de la atención que consiguen en razón de su significado (35).

Modelo del queso suizo por Reason: considera que este expresa que un constituyente de un organismo logra conceptuarse como fragmento. La parte administrativa siendo el fragmento, concesión de recursos siendo otro fragmento, instalaciones, esquema de seguridad, intervenciones de eficacia, eventos de competencia y calificación, soporte de operaciones, liderazgo, cultura, cualesquier de los componentes de procedimientos. Presencia de agujeros en cualquier "rebanada" normalmente no causa un mal resultado. Por lo general, esto puede suceder solo cuando los agujeros en muchas capas se alinean momentáneamente para permitir una trayectoria de oportunidad de accidente, lo que hace que los peligros entren en contacto dañino con las víctimas (36)

De las definiciones anteriores podemos decir que los tres primeros autores incluyendo a Pérez lo definen como resultado de competencias, percepciones, actitudes, y estándares de conducta que establecen un modo añadiendo a esto tenemos el concepto de Arias y Gómez, el cual es el más actual puesto que lo definen como el conjunto de características que aseguren que el tema de seguridad es muy necesario, razón por la cual merecen todo tipo de atención.

Los autores Gascón, et al. presentan dimensiones conceptuales de la cultura de seguridad en el cual se refleja en un cuestionario adaptado al español en el que consta de doce dimensiones en el cual se indagan su percepción; para nuestra investigación hemos utilizado solo ocho dimensiones uno de ellos la primera dimensión es la frecuencia de eventos notificados, se refiere a la regularidad con la cual se notifican los errores que han sido evidentes y que no han tenido algún evento adverso; la segunda dimensión es la percepción de seguridad, es la apreciación que cada empleado tiene acerca del manejo de sus conocimientos sobre la seguridad del paciente (37)

La tercera dimensión son las expectativas de la dirección que favorecen la seguridad, son las posibilidades en la que confía el personal respecto a mejoras en cultura de seguridad; la cuarta dimensión es la mejora continua, es el progreso que los profesionales de la salud esperan en avances sobre educación en la seguridad; la quinta dimensión es el trabajo en equipo dentro del área, es el esfuerzo que poseen las personas para laborar en conjunto con el objetivo de disminuir los peligros a los que se enfrenta el usuario en el establecimiento.(37)

La sexta dimensión es la franqueza en la comunicación, el cual hace hincapié en la sinceridad y naturalidad con la que se manejan ciertas circunstancias entre ellas sobre posibles eventos adversos; la séptima dimensión es la dotación de personal, es la asignación sobre la suficiente cantidad de personal de salud que debe trabajar para atender un sin número de usuarios, la octava dimensión son los problemas en cambios de turno, el cual son contratiempos que se visualizan en cuanto a la secuencia de la atención ya se en el área o al trasladar a otras áreas.(37)

III. MÉTODO

3.1 Tipo y diseño de investigación

En el informe presente, se usará un enfoque cuantitativo lo cual significa un grupo de procesos el cual será realizado de manera secuencial y probatorio puesto que utilizarán la recolección de datos utilizando métodos estadísticos, dando como resultado una serie de conclusiones relacionada a la o las hipótesis así lo mencionan Hernández, Fernández y Baptista (38). Por ello en la presente investigación se espera comprobar las hipótesis a través de los resultados.

La investigación será de tipo básica, según González (39), tiene como finalidad mejorar, contribuir y ampliar el conocimiento sobre un estudio, investigación o tema. Busca elaborar teorías basadas en un principio y una ley además de generalizar conclusiones pues se estudia en un periodo específico de tiempo. El mismo servirá como ayuda para desarrollar futuros estudios sobre el tema basándose en nuestras referencias tanto nacionales como internacionales.

La investigación es de diseño no experimental – descriptiva – transversal correlacional; será no experimental ya que es un estudio el cual se elabora sin la manipulación de manera intencionada de alguna variable. El autor no suplanta de forma premeditada las variables que son independientes, es así que se visualizan las acciones tal y como se muestran en su entorno real y en un tiempo determinado o no, para después estudiarlos así lo refiere Palella y Martins(40). Por lo tanto en este diseño no se modifican las variables: gestión y cultura de seguridad.

De igual modo, la pesquisa es descriptiva - correlacional transversal, pues tiene como finalidad inquirir en una o más variables en una población la influencia de sus particularidades. Además es transversal o transeccional porque busca describir variables en un tiempo determinado y en un solo momento (40). Por lo tanto se realizará la correlación entre las dos variables estudiadas.

El gráfico es el siguiente:

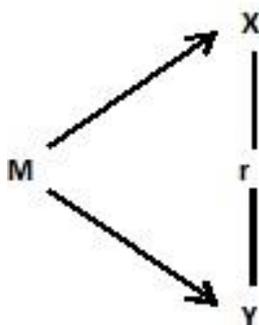


Figura 1. Esquema del tipo de investigación

Donde:

M= Personal sanitario

X= Gestión

Y= Cultura de seguridad

r= Relación entre las variables

3.2 Variables y operacionalización

Una variable es una particularidad el cual puede ser una característica, cualidad o cantidad, que puede tener ciertas modificaciones, y que es razón para emplear algún análisis, poder desarrollar mediciones, o control en un estudio así lo determina Arias (41)

3.2.1. Variables

Definición conceptual

Variable 1: Gestión

Es un medio cuya finalidad es obtener la máxima eficiencia, calidad, rendimiento y potencial en la obtención de sus metas mediante el cual se organizan y mejoran los bienes de un grupo social (Münch, 2010) (31)

Variable 2: Cultura de seguridad

Es la totalidad de particularidades y actitudes en las instituciones y en el personal el mismo que debe afianzar sobre los temas de seguridad que se acogen de la atención que consiguen en razón de su significación (Arias y Gómez, 2017) (35)

Definición operacional

Variable 1: Gestión

La variable gestión será evaluada a través de un cuestionario que será aplicado al personal sanitario de un hospital privado en cuatro dimensiones que son: planeación, organización, dirección y control.

Variable 2: Cultura de seguridad

La variable cultura de seguridad será evaluada a través de un cuestionario que será aplicado al personal sanitario de un hospital privado y mide doce aspectos

3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

3.3.1. Población

Vladimirovna (42), señala al término de población como el conjunto de individuos los cuales comparten algún tipo característico y cuyo conocimiento es de beneficio. Para la presente investigación la población estará constituida por todos los empleados ya sean masculino y femenino que desempeñan sus labores en un hospital privado de Guayaquil, durante el presente año 2019, fundamentado en que laboren ya sea en horario matutino, vespertino o nocturno y además de que cuenten con una experiencia mayor a un año de realizar sus actividades en esta institución; estos son un total de 51 colaboradores entre los mismos 14 son médicos, 16 son licenciadas en enfermería, 21 son auxiliares en enfermería.

Tabla 1. *Cuadro de la población personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil*

Grupos	N°	%
Médicos	14	27.5%
Licenciadas en enfermería	16	31.3%
Auxiliares de enfermería	21	41.2%
Total	51	100%

Fuente: Reporte de estadísticas de un hospital privado

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Personal asistencial que ejercen sus actividades en el establecimiento.
- Personal asistencial que estuvo más de 3 meses en la mismo lugar.
- Personal asistencial que hayan ratificado el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personal asistencial que se encuentren con licencia por maternidad hace 2 meses.
- Personal asistencial que no cumplan con el llenado completo del instrumento.

3.3.2. Muestra

Morles (43), apunta que la muestra es un subconjunto relevante poblacional, es fundamental este criterio debido a que desde ello tenemos la posibilidad de hacer estudios sobre la integridad del fenómeno que sea de interés. En esta situación la muestra ha sido considerada por todos los de ayudantes hospitalarios, que vinieron trabajando en la institución con experiencia superior a 1 año, en los cuales poseemos que son un total de 51 colaboradores de los cuales 14 son médicos, 16 son licenciadas en enfermería, 21 son auxiliares en enfermería cuyo horario de trabajo es de ocho horas dividiéndolo así en jornada matutina de 07h00 – 15h00, jornada vespertina 15h00 – 23h00 y jornada nocturna de 23h00 – 07h00, referente a la propiedades étnicas son de raza mestiza y que proceden de la costa, las edades el 58.8% de ellos entienden las edades de 20 - 40 años y 41.2 % permanecen en medio de las edades de 40 – 60 años. Y en lo que se refiere al tiempo de servicio el 51% poseen una experiencia superior a 10 años laborando en esta organización, el 39% poseen entre 5 a 9 años y el 10% poseen entre 1 a 4 años de experiencia en sus tareas hospitalarias.

3.3.3. Muestreo

Este análisis se hizo con el método de muestreo no probabilístico intencionado debido a que se seleccionó a toda la muestra, ya que la población es de 51 colaboradores. (44)

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

En el trabajo se utilizará como técnica la “Encuesta”, para ambas variables, la misma que es un recurso para simplificar la recolección y análisis de datos para Risquez, Fuenmayor y Pereira (45)

Instrumento

La herramienta que se utilizará será el cuestionario, el mismo que es un instrumento necesario para la aplicación de la evaluación integral en el que se realiza una serie de preguntas concretas a cierta cantidad de personas. (46)

Par medir la gestión, se creó una herramienta que va a estar formado por 14 interrogantes ajustado a una escala ordinal en 5 categorías: la primera (totalmente en desacuerdo), la segunda (en desacuerdo), la tercera (indiferente), la cuarta (de acuerdo), la quinta (totalmente de acuerdo); la herramienta ha estado formado por las siguientes dimensiones: planeación (3 ítems: 1, 2, 3), organización (4 ítems: 4, 5, 6, 7), dirección (3 ítems: 8, 9, 10) y control (4 ítems: 11, 12, 13, 14) (Anexo 4)

Para medir la cultura de seguridad, se desarrolló un cuestionario constituido por 25 interrogantes ajustado a una escala ordinal en 5 categorías; la herramienta ha estado formado por las siguientes dimensiones: frecuencia de eventos notificados (3 ítems: 1, 2, 3), percepción de seguridad (3 ítems: 4, 5, 6), expectativas de la supervisión (3 ítems: 7, 8, 9), mejora continua (3 ítems: 10,11, 12), trabajo en equipo dentro del área (4 ítems: 13, 14, 15, 16), franqueza en la comunicación (3 ítem: 17, 18, 19), dotación de personal (3 ítem: 20, 21, 22), cambios de turno (3 ítem: 23, 24, 25). (Anexo 4)

Validez y confiabilidad

Validez

La validez es denominado como el grado en el que una herramienta evalúa la variable que intenta calcular, en esta situación la validación se desarrollará por evaluación de juicio de expertos, para ello se requirió la evaluación de 3 profesionales con vivencia en el asunto de investigación, dichos determinaron cada instrumento con el propósito de calificar ciertos ítems. (47) (anexo 7)

Tabla 2. *Evaluación de la validez del instrumento*

Nombres y apellidos	Grado	Evaluación
Ana Salgado	Cuarto nivel	Aprobado con valoración de alto nivel
Mónica Ochoa	Cuarto nivel	Aprobado con valoración de alto nivel
Letty Ponce	Cuarto nivel	Aprobado con valoración de alto nivel

Fuente: Matriz de evaluación por juicio de expertos

3.4.1 Confiabilidad

Es aquello que nos sugiere el nivel en el que, las diferencias personales presentadas en las capacidades de algún ensayo, van a ser atribuidos al desacierto fortuito de la medición y es aquí en donde se usan a las diferencias verídicas en la variante que estamos calculando, según Hernández.

Confiabilidad de este instrumento fue calculada a través de la coeficiencia interna de coeficiente alfa de Cronbach, el cual nos interpreta por medio de la escala porcentual con los valores que oscilan entre cero y uno, puesto que el coeficiente cero significa nula confiabilidad y el coeficiente 1 significa una confiabilidad alta (40). Se procedió a aplicar en una muestra de 10 al personal asistencial una prueba piloto, que no pertenecen a la población en estudio, para luego ejecutar la medición de la confiabilidad del instrumento con base a estos datos (48).

Tabla 3. Confiabilidad de los instrumentos

Variable: Gestión

Instrumento	N° ítems	Resultados
Cuestionario	14	Alfa Cronbach: 0.805

Variable: Cultura de seguridad

Instrumento	N° ítems	Resultados
Cuestionario	25	Alfa Cronbach: 0.790

3.5 Procedimiento

Como primer punto se solicitará el permiso respectivo al Director del Hospital privado de Guayaquil, después de otorgar su asentimiento para lograr hacer la indagación en hablado sitio de trabajo, se procederá a hacer la organización y así lograr localizar a los trabajadores originarios de la población en análisis, se realizara una descripción concisa de las normas y los partícipes firmaran el consentimiento, después procederá a solucionar la encuesta en una duración límite de 15 min.

3.6 Métodos de análisis de datos

Luego de almacenar la información a través del instrumento aplicado, se realizará la codificación del mismo, los datos obtenidos serán procesados en el programa Microsoft Excel y SPSS, precedente a la realización de una matriz.

3.7 Aspectos éticos

Para realizar la ejecución de cuyo instrumento a evaluar se considera disponer del correspondiente permiso del Jefe del hospital y autorización del personal asistencial de diferentes jornadas laborales que trabaja en el establecimiento (49)

IV. RESULTADOS

En dicho estudio se estableció como objetivo general determinar la relación entre la gestión y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020, de la misma manera en los objetivos específicos se estableció una totalidad de cuatro que se relacionan a especificar la relación con cada dimensión de la gestión (planeación, organización, dirección, control) con la variable cultura de seguridad; así mismo con sus hipótesis específicas.

Para el hallazgo de resultados y poder verificar la aceptación de las conjeturas, se adaptaron 2 formularios el primero fue acerca de la gestión con 14 planteamientos y otro acerca de la cultura de seguridad con 25 planteamientos usando la escala de Likert, la muestra estuvo constituida por 51 colaboradores el cual la mayoría tienen una experiencia mayor a diez años trabajando en este establecimiento, se usó un muestreo no probabilístico intencionado, pues se empleó el total de la muestra considerando los criterios de inclusión; personal los cuales laboran en el establecimiento, que estuvo más de 3 meses en la misma área y que hayan firmado el consentimiento informado.

Para poder ejecutar el estudio estadístico inferencial se adaptó la prueba de normalidad de datos Kolmogorov Smirnov (muestra superior a 50) la cual ha sido menor de 0.05, lo que sugiere que las cifras no poseen una distribución normal, además para la comprobación de la premisa se usó la prueba estadística no paramétrica de Rho Spearman (50).

Seguidamente, se muestran los resultados hallados en el estudio.

Tabla 4. Nivel de la variable gestión en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020.

Niveles	N°	%
Inadecuado	0	0
Regular	10	19.6%
Adecuado	41	80.4%
Total	51	100%

Fuente. Instrumento de la variable gestión, aplicado al personal asistencial de salud.

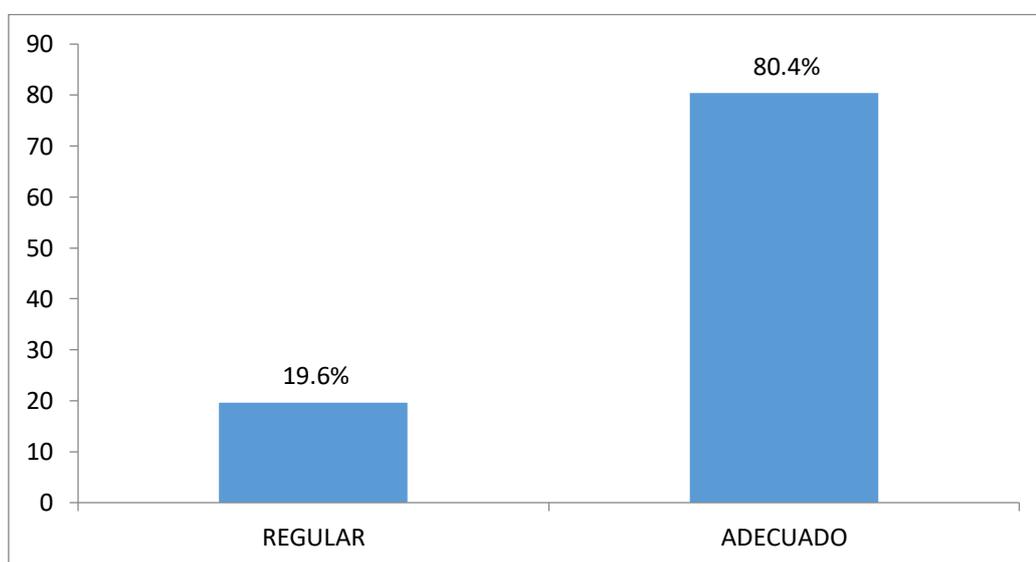


Figura 2. Niveles de la variable gestión en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020.

Conforme a la tabla 4 y figura N° 2, relacionando a los niveles de la variable gestión, la mayoría del personal asistencial de salud (80.4%) calificaron a la variable gestión con un nivel adecuado y un porcentaje mínimo de 19.6% el cual categoriza a la gestión como nivel regular, entretanto no se puntuó ninguno con el grado inadecuado.

Tabla 5. Nivel de las dimensiones de gestión en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020.

Dimensiones de gestión	Regular		Adecuado	
	N°	%	N°	%
Planeación	14	27.5%	37	72.5%
Organización	10	19.6%	41	80.4%
Dirección	1	2%	50	98%
Control	10	19.6%	41	80.4%

Fuente. Instrumento de gestión, aplicado al personal asistencial de salud. n = 51

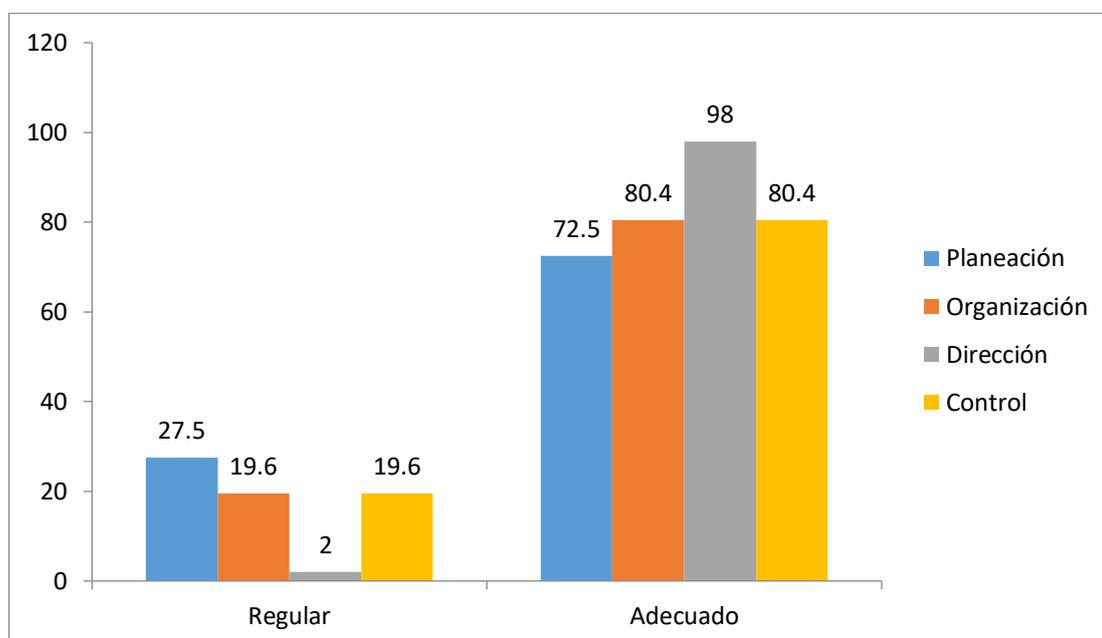


Figura 3. Niveles de las dimensiones de gestión en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020.

Determinando la tabla 5 y figura N°3, relacionando a las dimensiones de la gestión se observa que la inclinación mayor (98%), a un nivel adecuado en la dimensión dirección, seguidamente de un 80.4% en las dimensiones organización y control, y por ultimo tenemos a un 72.5% en la dimensión planeación

Tabla 6. Nivel de la variable cultura de seguridad en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020.

Niveles	N°	%
Bajo	0	0%
Regular	13	25,5%
Alto	38	74,5%
Total	51	100%

Fuente. Instrumento de cultura de seguridad, aplicado al personal asistencial de salud

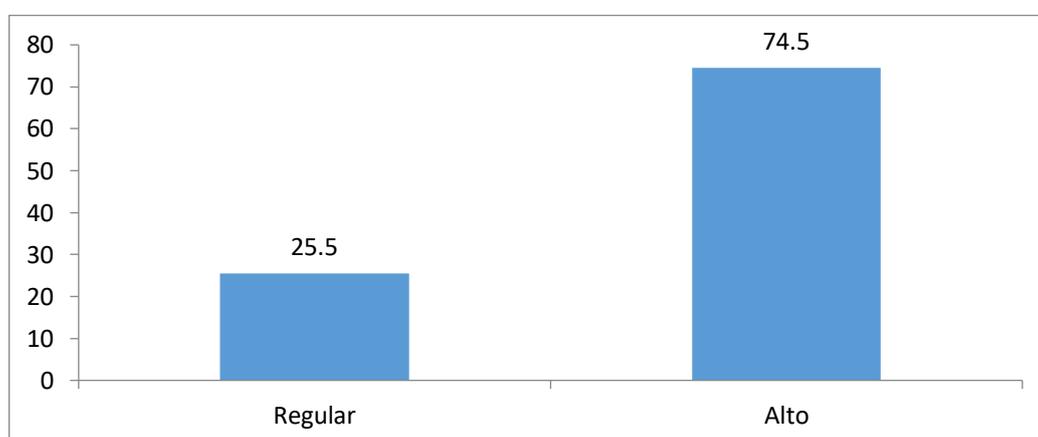


Figura 4. Niveles de la variable cultura de seguridad en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020

La tabla 6 y figura N° 4, relacionado al nivel de la variable cultura de seguridad, demuestra en su desenlace que la mayor parte del personal sanitario (74,5%) puntuaron con un grado de cultura de seguridad alto, entretanto que una cuarta parte (25,5%) mostraron un grado de cultura de seguridad regular, de tal manera se evidenció que no existió personal asistencial que puntualice bajo grado de cultura de seguridad.

Tabla 7. Nivel de las dimensiones de cultura de seguridad en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020.

Dimensiones cultura de seguridad	Regular		Alto	
	N°	%	N°	%
Frecuencia de eventos notificados	21	41.2%	30	58.8%
Percepción de seguridad	50	98%	1	2%
Expectativas de la supervisión	0	0%	51	100%
Mejora continua	51	100%	0	0%
Trabajo en equipo	0	0%	51	100%
Franqueza en la comunicación	1	2%	50	98%
Dotación de personal	51	100%	0	0%
Cambios de turno	18	35,3%	33	64,7%

Fuente. Instrumento de cultura de seguridad, aplicado al personal asistencial de salud n=51

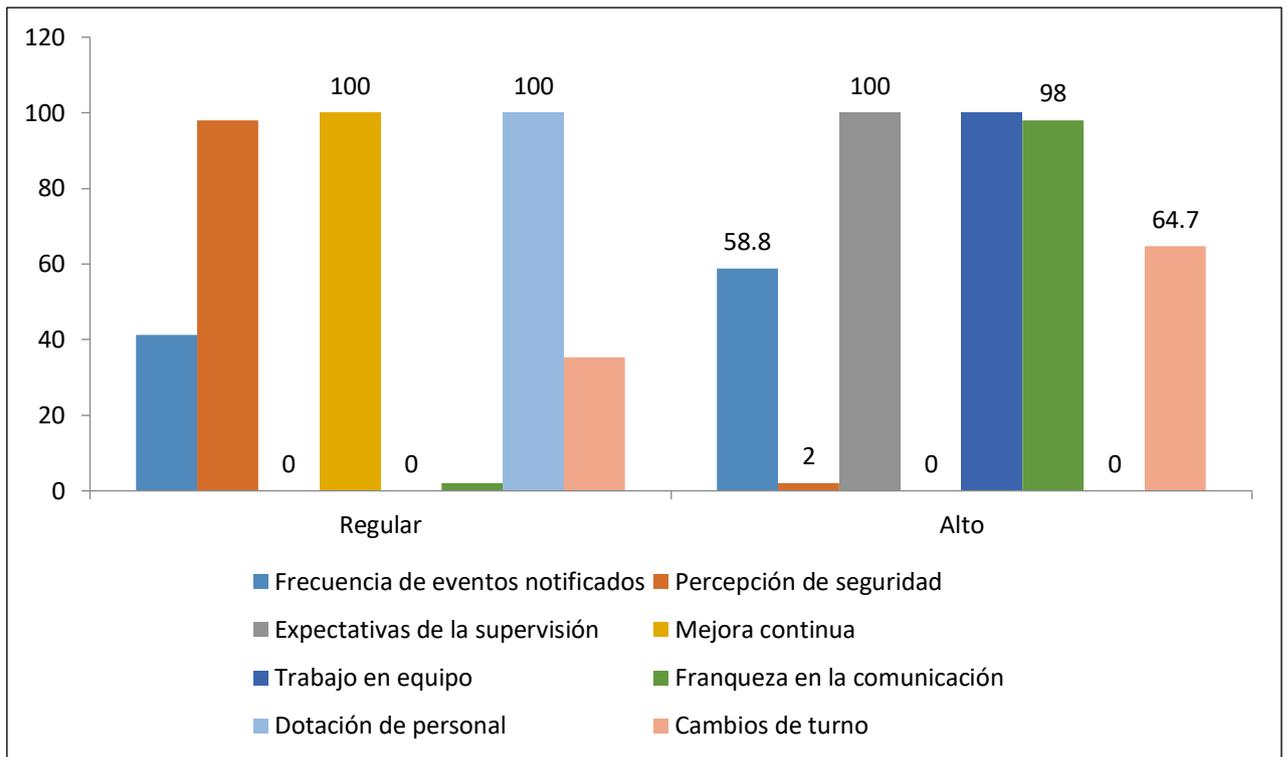


Figura 5. Niveles de las dimensiones de cultura de seguridad en el personal asistencial de un hospital privado de Guayaquil, 2020.

La tabla N^a 7 y figura N^o5, relacionando a las dimensiones de cultura de seguridad, nos demuestra una inclinación a tener un nivel alto en las dimensiones expectativas de la supervisión y trabajo en equipo (100%), seguido de la franqueza en la comunicación (98%), cambios de turno (64.7%) y frecuencia de eventos notificados (58.8%), sin embargo con un nivel regular otra gran parte (100%) constituyen las dimensiones mejora continua y dotación de personal seguido de la dimensión percepción de seguridad (98%).

COMPROBACION DE HPOTESIS

Objetivo general: Determinar la relación entre la gestión y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020

Hipótesis general:

Hi: Existe relación significativa entre la gestión y cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020.

Ho: No existe relación significativa entre la gestión y cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020.

Tabla 8. Correlación entre la variable gestión y cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020.

Correlaciones		Gestión	Cultura de seguridad
Rho de Spearman	Gestión	1,000	,060
	Coeficiente de correlación Sig.(bilateral)	.	,675
	n=		51

En el cuadro, al adaptar la prueba de Spearman, se consiguió una correlación baja positiva con la dimensión planeación ya que se tiene un coeficiente de correlación de 0,060 y un p-valor de 0,675 lo cual nos demuestra que no hay un vínculo representativo, por lo que se desestima la conjetura del estudio y se aprueba la hipótesis nula; lo que nos indica que no hay una correlación entre gestión y cultura de seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020.

Objetivo específico 1: Establecer la relación entre la planeación y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020.

Hipótesis específica 1:

Hi: Existe relación significativa entre la dimensión planeación y la variable cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020.

Ho: No existe relación significativa entre la dimensión planeación y la variable cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020.

Tabla 9. Correlación entre la dimensión planeación y la variable cultura de seguridad, en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020

Correlaciones		Gestión	Cultura de seguridad
Rho de Spearman	Planeación	1,000	,221
	Coeficiente de correlación	.	,120
	Sig.(bilateral)		
	n=		51

En el cuadro, al adaptar la prueba de Spearman, se consiguió una correlación baja positiva con la dimensión planeación ya que se tiene un coeficiente de correlación de 0,221 y un p-valor de 0,120 lo cual nos demuestra que no hay un vínculo representativo, por lo que se desestima la conjetura del estudio y se aprueba la hipótesis nula; lo que nos indica que no hay una correlación entre planeación y cultura de seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020.

Objetivo específico 2: Identificar la relación entre la organización y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020.

Hipótesis específica 2:

Hi: Existe relación significativa entre la dimensión organización y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020

Ho: No existe relación significativa entre la dimensión organización y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020

Tabla 10. *Correlación entre la dimensión organización y la variable cultura de seguridad, en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020*

Correlaciones		Gestión	Cultura de seguridad
Rho de Spearman	Organización	1,000	,104
	Coeficiente de correlación Sig.(bilateral)	.	,470
	n=		51

En el cuadro, al adaptar la prueba de Spearman, se consiguió una correlación baja positiva con la dimensión planeación ya que se tiene un coeficiente de correlación de 0,104 y un p-valor de 0,470 lo cual nos demuestra que no hay un vínculo representativo, por lo que se desestima la conjetura del estudio y se aprueba la hipótesis nula; lo que nos indica que no hay una correlación entre organización y cultura de seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020.

Objetivo específico 3: Demostrar la relación entre la dirección y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020.

Hipótesis específica 3:

Hi: Existe relación significativa entre la dimensión dirección y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020

Ho: No existe relación significativa entre la dimensión dirección y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020

Tabla 11. Correlación entre la dimensión dirección y la variable cultura de seguridad, en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020

Correlaciones		Gestión	Cultura de seguridad
Rho de Spearman	Dirección	1,000	,022
	Coeficiente de correlación Sig.(bilateral)	.	,876
	n=		51

En el cuadro, al adaptar la prueba de Spearman, se consiguió una correlación baja positiva con la dimensión planeación ya que se tiene un coeficiente de correlación de 0,022 y un p-valor de 0,876 lo cual nos demuestra que no hay un vínculo representativo, por lo que se desestima la conjetura del estudio y se aprueba la hipótesis nula; lo que nos indica que no hay una correlación entre dirección y cultura de seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020.

Objetivo específico 4: Conocer la relación entre el control y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020.

Hipótesis específica 4:

Hi: Existe relación significativa entre la dimensión control y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020

Ho: No existe relación significativa entre la dimensión control y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020

Tabla 12. *Correlación entre la dimensión control y la variable cultura de seguridad, en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020*

Correlaciones		Gestión	Cultura de seguridad
Rho de Spearman	Control	1,000	,097
	Coeficiente de correlación Sig.(bilateral)	.	,498
	n=		51

En el cuadro, al adaptar la prueba de Spearman, se consiguió una correlación baja positiva con la dimensión planeación ya que se tiene un coeficiente de correlación 0,097 y un p-valor de 0,498 lo cual nos demuestra que no hay un vínculo representativo, por lo que se desestima la conjetura del estudio y se aprueba la hipótesis nula; lo que nos indica que no hay una correlación entre control y cultura de seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020.

V. DISCUSIÓN

El estudio actual evaluó el primer objetivo el cual fue determinar la relación entre la gestión y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020, los resultados encontrados dan cuenta que la gestión es evaluada como adecuada por un 80.4% de los encuestados y la cultura de la seguridad como alto por un 74.5%; esto permite decir que el proceso que lleva a cargo el jefe del área el cual conlleva proyección de las diversas actividades, la respectiva toma de decisiones al momento de delegar diferentes responsabilidades y un plan de evaluación posterior a las charlas educativas que se planean es independiente a tener o no un alto nivel de cultura de seguridad del personal asistencial; estos datos son ratificados por los resultados de correlación donde se halló que no hay correlación ($\rho = 0,060$ y $p\text{-valor} = 0,675$) entre la gestión y la cultura de la seguridad; pues nos indica que en la cultura de seguridad que se tenga en la institución no está asociada a los niveles de gestión que existen en la institución.

Estos resultados no coinciden con los encontrados por Coronado (6) (2017) en su estudio quien menciona que para tener una adecuada gestión de salud es necesario una cultura de seguridad la cual es un requisito clave para evitar la aparición de incidentes además Sánchez J, et al. (22) (España, 2018) en su investigación señala que entre las siete acciones preventivas para rectificar la cultura de seguridad en el usuario son mejoras en los protocolos y procedimientos, además de ver la exigencia de un listado oportuno de comprobación y miscelánea, aplicables a evitar ciertos eventos adversos críticos.

En relación a estos resultados Domenech (29) determina en su teoría que es eminente directivo y administrativo, porque se refiere a las actividades organizacionales, que son de gran utilidad para la consecución de los objetivos y para maximizar la eficiencia, productividad y competitividad de las operaciones que se quiere lograr en el interior una organización o institución.

En nuestro primer objetivo específico respecto a establecer la relación entre la planeación y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020, los resultados encontrados dan cuenta que la planeación es evaluada como adecuada por un 72.5% de los encuestados y la cultura de la seguridad como alto por un 74.5%; esto permite decir que el conocimiento de estrategias, proyección de actividades y elaboración de instrumentos de supervisión no está ligado a tener o no un alto nivel de cultura de seguridad del personal asistencial; estos datos son ratificados por las resultados de correlación donde se halló que no hay correlación ($\rho= 0,221$ y $p\text{-valor}= 0,120$) entre la planeación y la cultura de la seguridad; pues nos indica que en la medida que se lleve a cabo la planeación no habrá relación con la cultura de seguridad.

En lo que respecta planeación no concuerdan Sánchez J, et al. (22) (España, 2018) en su investigación, pues menciona que una de las siete acciones preventivas para mejorar la cultura de seguridad es la elaboración de una programación de las diferentes medidas de precaución. Además de aquello Pinos (11), en Cuenca, detalló la trascendencia de una de las fases de la gestión como lo es la planeación pues es fundamental para el crecimiento significativo del área de trabajo, contrario a esto tenemos a la variable cultura de seguridad pues según Muñoz (Guayaquil, 2016) demuestran indicadores para estudiar mejor la variable, en lo cual tenemos a: eventos adversos, supervisión de caídas, identidad del usuario, tener un buen diálogo.

En relación a estos resultados Münch (31) señala en su teoría que la planeación es necesario por cuanto se conduce la organización, además es aquí en donde se plantean las metas y las estrategias para de esta forma disminuir los riesgos que se pueden llevar a cabo en los diferentes procedimientos y /o funciones del personal sanitario que trabaja en ciertas áreas.

Posterior, tenemos en nuestro segundo objetivo específico respecto a identificar la relación entre la organización y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020, los resultados encontrados dan cuenta que la organización es evaluada como adecuada por un 80.4% de los encuestados y la cultura de la seguridad como alto por un 74.5%;

esto permite decir que la delegación de responsabilidades, descripción de funciones, estructura y procedimiento no está anexado a tener o no un alto nivel de cultura de seguridad del personal asistencial; estos datos son ratificados por las resultas de correlación donde se halló que no hay correlación ($\rho= 0,104$ y $p\text{-valor}= 0,470$) entre la organización y la cultura de la seguridad; pues nos indica que en la medida que se efectúe la organización no habrá relación con la cultura de seguridad.

En lo que corresponde a planeación Ramírez, A. (23) (Quito, 2019) quien en su estudio resaltaron datos de los resultados encontrados pues para una mejoría en gestión de la seguridad del paciente es necesario una política interna de identificación de los usuarios y un protocolo para prevención de caídas, también tenemos a Batista J. (Brasil 2019) pues resalta la importancia de una buena comunicación pues solo así de esta forma se podrá lograr que disminuye los errores en la atención que se ofrece a los beneficiarios además también tenemos a Rocco C, Garrido A. quien menciona en su Revista Médica Clínica que es importante la ejecución de algunas formas de alerta sobre ciertos incidentes y eventos adversos pues ve la necesidad de ciertas normas que obliguen al personal asistencial conservar su propia seguridad.

En relación a estos resultados Münch (31) señala en su teoría que la organización es en el que existen la delegación de sus funciones, procedimientos y responsabilidades todo bajo una metodología en el cual ayude a realizar un trabajo en corto tiempo, y sobre todo regirse bajo ciertas normas o protocolos que se indiquen en el hospital pues solo así se salvaguardará la cultura de seguridad.

Por consecuente, en nuestro tercer objetivo específico respecto a demostrar la relación entre la dirección y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020, los resultados encontrados dan cuenta que la dirección es evaluada como adecuada por un 98% de los encuestados y la cultura de la seguridad como alto por un 74.5%; esto permite

decir que la ejecución de actividades, toma de decisiones y el liderazgo participativo no tienen un vínculo a tener o no un alto nivel de cultura de seguridad del personal asistencial; estos datos son corroborados por los resultados estadísticos ($\rho= 0,022$ y $p\text{-valor}= 0,876$) entre la dirección y la cultura de la seguridad; pues nos indica que en la medida que se lleve a efecto la dirección no habrá relación con la cultura de seguridad.

En lo que respecta a dirección no coinciden con Roja J y Tinoco F. (19) (Perú 2019), quienes en su hallazgo identificó que el liderazgo en seguridad incide significativamente en la cultura de seguridad, de la misma forma tenemos a Austria S y Hernández L. (20) (México 2018), los cuales hallaron los siguientes resultados donde evidenciaron una relación significativa con ciertas variables refiriéndose a la seguridad del paciente, añadiendo a esto tenemos a Sánchez F, Olmedo N y Rico A. (España 2018), con su estudio Análisis de la cultura de seguridad del paciente tuvo como resultado las siguientes fortalezas: el trabajo en equipo (86.2%), el feedback sobre errores (75.5%) y las expectativas en la dirección (75.1%). Con ello nos damos cuenta que a pesar de ser necesario un buen liderazgo esto no se relaciona directamente con tener una buena cultura de seguridad, pues al parecer la cultura de seguridad tiene sus relaciones significativas así lo menciona Zula (Quito 2015) pues en sus resultados nos demuestra que entre sus fortalezas tienen al 55% como eventos adversos pero llama la atención el 45% faltante pues significa que no reportan los errores sucedidos en las diferentes áreas de trabajo.

En relación a estos resultados Münch (31) señala en su teoría que la dirección es en el que se ejecutan cada una de las fases del método mediante la guía además apunta en la conveniente toma de opciones y el método de hábitos y conveniente posturas

Y por último, en nuestro cuarto objetivo específico respecto a conocer la relación entre el control y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil 2020, los resultados encontrados dan cuenta que el control es evaluada como adecuada por un 80.4% de los encuestados y la cultura de la seguridad como alto por un 74.5%; esto permite decir que el plan de control,

plan de evaluación, plan de capacitación y la evaluación de resultado son independientes a tener o no un alto nivel de cultura de seguridad del personal asistencial; estos datos son ratificados por las resultas de correlación donde se halló que hay correlación nula positiva ($\rho= 0,097$ y $p\text{-valor}= 0,498$) entre el control y la cultura de la seguridad; pues nos indica que en la medida que se verifique el control no habrá relación con la cultura de seguridad.

En lo que respecta a la dimensión control los resultados encontrados por Roque R, Guerra R y Torres R. (18) (Cuba 2018) en su estudio concluyen que respecto a los riesgos en la seguridad del paciente es necesario una evaluación ante ciertas complicaciones para obtener una gestión proactiva, de igual forma lo señala Ramírez, A. (23) (Quito, 2019) en su estudio pues en los resultados encontrados para una mejoría en gestión de la seguridad del paciente es necesario un programa de capacitación y enseñanzas sobre seguridad del paciente añadiendo a esto tenemos a Sánchez F, Olmedo N y Rico A. (España 2018), con su estudio obtuvo como resultado que para una forma de alerta de eventos adversos es necesario el aprendizaje en el tema en relación a estos resultados añadiendo a esto tenemos a Pérez R. y Rojas T (10) (Guayaquil 2018) el cual en su pesquisa mencionó que gracias a la gestión es que se pueden señalar a partir de donde se ocasionan los errores pues con esta forma se pueden evitar ciertas situaciones y aquello se logra mediante un correcto control a tiempo, realizándolo a sus trabajadores cada determinado periodo. Contrario a esto tenemos una cultura de seguridad que se basa en ciertas dimensiones muy bien valoradas, es el caso de las expectativas de los profesionales y el trabajo en equipo, así lo detalla Romero A, Cerro C, Capín A, et. al (Chile 2017)

Para ello Münch (31) señala en su teoría que el control es aquello por el cual se lo señala como el lapso del método administrativo mediante aquello está compuesto por modelos con la finalidad de ver el impacto aprehendido con el objetivo de remediar desvíos, evitar y mejorar constantemente las estructuras de alguna institución.

VI. CONCLUSIONES

La gestión es calculada como adecuada en un 80.4% y la cultura de seguridad en el personal asistencial como alto por el 74,5% de los encuestados, lo cual significa que existe una correlación nula positiva ya que se obtuvo en p-valor: 1,000 y p: 0,060; entre la gestión y la cultura de seguridad en el hospital privado de Guayaquil – 2020.

La dimensión planeación no se relaciona directamente con la cultura de la seguridad del hospital privado de Guayaquil - 2020 siendo p-valor de 0,120 mayor a 0,00 (tabla 9)

La dimensión organización no se relaciona directamente con la cultura de la seguridad del hospital privado de Guayaquil – 2020 siendo p-valor de 0,470 mayor a 0,00 (tabla 10)

La dimensión dirección no se relaciona directamente con la cultura de la seguridad del hospital privado de Guayaquil - 2020 siendo p-valor de 0,876 mayor a 0,00 (tabla 11)

La dimensión control no se relaciona directamente con la cultura de la seguridad del hospital privado de Guayaquil - 2020 siendo p-valor de 0,876 mayor a 0,00 (tabla 12)

VII. RECOMENDACIONES

Fomentar la correcta gestión al jefe del área en las distintas funciones que se cumplen para de este modo optimizar la cultura de seguridad en los colaboradores que trabajan con la mejor predisposición en el área.

Dar a conocer al personal asistencial sobre la programación de las distintas tareas que se realizarán mensualmente, las estrategias institucionales y los diversos instrumentos de evaluación a los trabajadores.

Emplear todos los medios posibles para informar a tiempo al personal asistencial sobre los diferentes procedimientos, funciones, actividades que se vayan a realizar ya sea dentro del área o a nivel hospitalario.

Mejorar la relación entre el jefe del área y el personal de enfermería para de esta manera consolidar las bases en cuanto a comunicación y hacer del lugar de trabajo un espacio agradable para todos.

Implementar mejoras en los planes de supervisión mensual en el área realizando así evaluaciones de forma periódicas acerca de lo aprendido.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. Cent Prensa. Septiembre de 2019 [citado 16 de septiembre de 2020]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Díaz CA, Braem V, Giuliani A, Restelli E. Seguridad del paciente, un problema vigente y actual. Medwave. 22 de abril de 2014 [citado 23 de septiembre de 2020]; 14(03). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Perspectivas/Comentario/5941>
3. Sáenz OLM. La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido?*. Rev Gerenc Políticas Salud. 2018 [citado 23 de septiembre de 2020]; 17(34). Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/545/54555308008/html/index.html>
4. Batista J, Cruz ED de A, Alpendre FT, Paixão DP da SS da, Gaspari AP, Mauricio AB, et al. Safety culture and communication about surgical errors from the perspective of the health team. Rev Gaúcha Enferm. 10 de enero de 2019 [citado 23 de septiembre de 2020]; 40(SPE). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472019000200403&lng=en&nrm=iso&tlng=en
5. Rocco C, Garrido A. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Rev Médica Clínica Las Condes. Septiembre de 2017 [citado 25 de septiembre de 2020]; 28(5):785-95. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864017301268>
6. Coronado Vázquez V, García López A, López Sauras S, Turón Alcaine JM. Nursing involvement in risk and patient safety management in Primary Care. Enferm Clínica Engl Ed. agosto de 2017; Volume 27(Issue 4): Pages 246-250. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862117300694>

7. Vasco González IV. Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del hospital de Mérida [Tesis doctoral]. [España]: Universidad de Extremadura; 2017 [citado 16 de septiembre de 2020]. Disponible en: http://dehesa.unex.es/static/flexpaper/template.html?path=/bitstream/handle/10662/6153/TDUEX_2017_Vasco_Gonzalez.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=2
8. Ramírez-Martínez ME, González Pedraza-Avilés A, Ramírez-Martínez ME, González Pedraza-Avilés A. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enferm Univ*. Junio de 2017 [citado 25 de septiembre de 2020]; 14(2):111-7. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632017000200111&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Pérez Escobar RJ, Rojas Espinoza TF. Estrategias para mejorar los procesos de atención al paciente provenientes de convenios institucionales de la clínica Santamaría. [Guayaquil]: Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ulvr.edu.ec/bitstream/44000/2058/1/T-ULVR-1859.pdf>
10. Zula Majín N. Seguridad de los pacientes durante la atención de enfermería en el servicio de emergencias del Hospital de los Valles de la Ciudad de Quito. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2015. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9718/1/CD%20061-%20ZULA%20MAJIN%20NORMA>
11. Pinos Guartamber PG. Diseño de un Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional, aplicando la Norma ISO 45001, para el Instituto Superior Tecnológico Sucre, ubicado en el Distrito Metropolitano de Quito. Universidad de Cuenca; 2019. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Ozr3q-CH0HkJ:dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/33735/1/Trabajo%2520de%2520titulaci%25C3%25B3n.pdf+&cd=7&hl=es-419&ct=clnk&gl=ec>

12. Ministerio de Salud Pública. Seguridad del Paciente - Usuario. Dirección Nacional de Normatización, Dirección Nacional de Calidad de los Servicios de Salud – MSP. Vol. Primera edición. Quito; 2016. Disponible en: http://181.211.115.37/biblioteca/prov/Manual%20de%20seguridad%20del%20paciente_%20para%20impresi%C3%B3n.pdf
13. Ministerio de Salud Pública. Norma Técnica de Seguridad del Paciente. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca; 2015. Disponible en: <http://hvcm.gob.ec/wp-content/uploads/2015/03/NORMA-TECNICA-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE-DEFINITIVO-jp.pdf>
14. Hospital Luis Vernaza incorpora moderno centro de diagnóstico por imágenes. [citado 30 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.juntadebeneficencia.org.ec/prensa/boletines-de-prensa/2584-hospital-luis-vernaza-incorpora-moderno-centro-de-diagnostico-por-imagenes>
15. Hernández Palma H, Monterrosa Assia F, Muñoz Rojas D. Cultura de prevención para la seguridad y salud en el trabajo en el ámbito colombiano. 15 de mayo de 2015; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6065428.pdf>
16. Escuela Europea de Excelencia. ¿Qué es la cultura de seguridad en las organizaciones? [Internet]. Nueva ISO 45001. 2020. Disponible en: <https://www.nueva-iso-45001.com/2020/01/que-es-la-cultura-de-seguridad-en-las-organizaciones/>
17. Romero Martínez AI, Ignacio Cerro C, Mora Capín A, Marañón Pardo R. Evaluación de la cultura de seguridad tras alcanzar la certificación en gestión de riesgos para la seguridad del paciente (UNE 179003). Rev Chil Pediatría. 2017 [citado 24 de septiembre de 2020];88(5):693-4. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0370-41062017000500020&lng=es&nrm=iso&tlng=en
18. Roque González R, Guerra Bretaña RM, Torres Peña R. Gestión integrada de seguridad del paciente y calidad en servicios de salud. Rev Habanera

- Cienc Médicas. 8 de marzo de 2018;315-24. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2012>
19. Rojas Castro JL, Tinoco Ángeles F. Diseño de un instrumento de gestión para evaluar la Cultura de Seguridad en el trabajo. *Ind Data*. 2 de enero de 2020 [citado 30 de septiembre de 2020];22(2):85-104. Disponible en: <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/idata/article/view/15750>
 20. Austria Mireles S, Hernández Romero L. La función directiva de la gestión clínica de Enfermería y su efecto en la seguridad del paciente. *Pensam Crít Rev Investig Multidiscip*. 2018;(9):26-42. Disponible en: https://pensamientocriticoudf.com.mx/images/img/PDF/5_No_9/ART.%203%202018-II.pdf
 21. Sánchez Izquierdo FL, Olmedo Moreno N, Urbón Peláez N, Rico González AÁ, Sánchez Izquierdo FL, Olmedo Moreno N, et al. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en unidades extra-hospitalarias de hemodiálisis. Evolución tras la implantación de medidas. *Enferm Nefrológica*. marzo de 2018 [citado 25 de septiembre de 2020];21(1):25-33. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2254-28842018000100025&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 22. Sánchez López JD, Cambil Martín J, Villegas Calvo M, Toledo Páez MA, Cariati P, Moreno Martín ML. Gestión de eventos adversos en un Servicio de Cirugía oral y Maxilofacial. *J Healthc Qual Res*. 1 de septiembre de 2018 [citado 30 de septiembre de 2020];33(5):256-63. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647918300678>
 23. Coloma ÁR. Mejoramiento de la Gestión de la Seguridad del Paciente en el Servicio de Hospitalización del Hospital Andino de Riobamba. [Quito]: Universidad San Francisco de Quito; 2019. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/8517>
 24. Ortega Campoverde LT. Cultura sobre seguridad del paciente hospitalizado y su relación con factores asociados en los profesionales de enfermería de los

- hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Cuenca – Ecuador 2016. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2018. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/29669?mode=full>
25. Muñoz Valverde LP. Adherencia del personal de enfermería en el programa seguridad del Paciente en el servicio de emergencia del Hospital Luis Vernaza: Programa educativo. [Guayaquil]: Universidad de Guayaquil; 2016. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/44649/1/CD-05-MU%C3%91OZ%20VALVERDE.pdf>
26. Manrique López A. Management and design: Convergence disciplinar. Rev Científica Pensam Gest. 1 de enero de 2016 [citado 1 de octubre de 2020] ;(40):129-58. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/article/viewFile/8808/8593>
27. Gestión Hospitalaria » Organización para la Excelencia de la Salud – OES. Organización para la Excelencia de la Salud – OES. [Citado 1 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://oes.org.co/gestion-hospitalaria/>
28. Gestión necesaria: ¿Qué es la gerencia hospitalaria? | La Revista | EL UNIVERSO. [Citado 1 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.larevista.ec/orientacion/salud/gestion-necesaria-que-es-la-gerencia-hospitalaria>
29. Domenech Zapata CV. La gestión del servicio hospitalario y el impacto en la rentabilidad. [Guayaquil]: Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ulvr.edu.ec/handle/44000/2896>
30. Tobar F. Modelos de Gestión en Salud [Internet]. Buenos Aires; 2002. Disponible en: https://www.academia.edu/36650684/Modelos_de_Gesti%C3%B3n_en_Salud

31. Münch L. Administración. Gestión organizacional, enfoques y proceso administrativo]. Primera. México: PEARSON EDUCACIÓN; 2010 [citado 1 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.academia.edu/42110598/M%C3%BCnch_L_2010_Administraci%C3%B3n_Gesti%C3%B3n_organizacional_enfoques_y_proceso_administrativo
32. Pinheiro M da P, Junior OC da S. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. Enferm Glob. 2017 [citado 2 de octubre de 2020]; 16(45):309-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412017000100309&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. ¿Qué es la cultura de seguridad? - Icsi. Instituto para una cultura de seguridad industrial. [Citado 2 de octubre de 2020]; Disponible en: <https://www.icsi-eu.org/es/que-es-la-cultura-de-seguridad-icsi.p741.html>
34. Pérez Galaz F. Cultura de seguridad del paciente. MEDITIPS GMX. 2018 [citado 2 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.meditips.com/cultura-seguridad-del-paciente/>
35. Arias-Botero JH, Gómez-Arias RD. La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. Ces Med. 2017 [citado 2 de octubre de 2020]; 31(2):180-91. Disponible en: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4014>
36. Reason J. Human error: models and management. BMJ. 18 de marzo de 2000 [citado 1 de octubre de 2020]; 320(7237):768-70. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/>
37. Gascón Cánovas J, Saturno Hernández P. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid; 2005. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>

38. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación [Internet]. Sexta edición. México: McGraw-Hill / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.; 2014. 600 p. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
39. González Damián A. Investigación básica y aplicada en el campo de las ciencias económico administrativas. 30 de enero de 2004. Disponible en: https://www.academia.edu/566519/INVESTIGACION_BASICA_Y_APLICADA_EN_EL_CAMPO_DE_LAS_CIENCIAS_ECONOMICAS_O_ADMINISTRATIVAS
40. Palella Stracuzzi S, Martins Pestana F. Metodología de la Investigación Cuantitativa [Internet]. Tercera Edición. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador, (FEDUPEL); 2012. Disponible en: <https://www.calameo.com/books/000628576f51732890350>
41. Arias FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. 6ta. Edición [Internet]. Fideas G. Arias Odón; 2012. 137 p. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=W5n0BgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=definicion+de+variables+segun+arias+2006&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjcofbP06jsAhVivFkKHWC8A9AQ6AEwAHoECAUQAq#v=onepage&q&f=false>
42. Vladimirovna Panteleeva O. Fundamentos de Probabilidad y Estadística. Primera. México: UAEM; 2005. 354 p. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?id=cbdromy2XrwC&pg=PA261&dq=poblacion+definicion&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjumZLB0ajsAhWlxVvKkKHbiQC_wQ6AEwAXoECAMQAq#v=onepage&q&f=false
43. Morles Sánchez V. Planeamiento y análisis de investigaciones. Venezuela: Ediciones de la Facultad de Humanidades y Educación, Universidad Central de Venezuela; 1977. 128 p. Disponible en:

https://books.google.com.ec/books?redir_esc=y&id=dFcAAAAMAAJ&focus=searchwithinvolume&q=muestra

44. Ochoa C. El muestreo: qué es y por qué funciona. 2015. Disponible en: <https://www.netquest.com/blog/es/blog/es/muestreo-que-es-porque-funciona>
45. Risquez Morales G, Fuenmayor Rubio E, Pereira Gutiérrez B. Metodología de la Investigación I: Manual teórico-práctico. Maracaibo: PROEDUCA; 1999 [citado 10 de octubre de 2020]. 77 p. Disponible en: <https://www.urbe.edu/UDWLibrary/InfoBook.do?id=1766>
46. Fleitman J. Evaluación integral para implantar modelos de calidad. Editorial Pax México; 2008. 434 p. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=j-B7FE7eWAYC&pg=PA165&dq=cuestionario&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjKpNvgw6rsAhXBJVkkKHWkhCIU4FBD0ATAHegQIARAC#v=onepage&q=cuestionario&f=false>
47. Galicia Alarcón LA, Balderrama Trápaga JA, Edel Navarro R, Galicia Alarcón LA, Balderrama Trápaga JA, Edel Navarro R. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. Apert Guadalaj Jal. 2017; 9(2):42-53. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-61802017000300042&lng=es&nrm=iso&tlng=es
48. Domínguez-Lara SA, Merino-Soto C. ¿Por qué es importante reportar los intervalos de confianza del coeficiente alfa de Cronbach? Rev Latinoam Cienc Soc Niñez Juv. 20 de agosto de 2015; 13(2). Disponible en: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/rlicsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/2030>
49. Delgado R. M. Aspectos éticos de toda investigación consentimiento informado. ¿Puede convertirse la experiencia clínica en investigación científica? Rev Colomb Anestesiología. 2002; XXX (2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1951/195118154004.pdf>

50. García Bellido R, González Such J, Jornet Meliá JM. SPSS: Pruebas no paramétricas. Convoc Innovacion 2010 Vicerectorat Convergència Eur Qual Univ València. 2010; 5. Disponible en: https://www.uv.es/innomide/spss/SPSS/SPSS_0802A.pdf

ANEXOS

Anexo 3: Matriz de operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION
Gestión	Es un proceso a través del cual se coordinan y optimizan los recursos de un grupo social con el fin de lograr la máxima eficacia, calidad, productividad y competitividad en la consecución de sus objetivos. (Münch, 2010)	La variable gestión será evaluada a través de un cuestionario que será aplicado al personal sanitario s de un hospital privado en cuatro dimensiones que son: planeación, organización, dirección y control.	Planeación	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de estrategias • Proyección de actividades • Elaboración de instrumentos de supervisión 	Ordinal
			Organización	<ul style="list-style-type: none"> • Delegación de responsabilidades • Descripción de funciones • Estructura • Procedimientos 	
			Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de actividades • Toma de decisiones • Liderazgo (participativo) 	
			Control	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de control • Plan de evaluación • Evaluación de resultados • Plan de capacitación 	
	Es el conjunto de	La variable cultura de	Frecuencia de eventos	• Errores	Ordinal

Cultura de seguridad	características y actitudes en organizaciones e individuos que aseguren que las cuestiones de seguridad reciban la atención que merecen en razón de su significación (Arias y Gómez, 2017)	seguridad será evaluada a través de un cuestionario que será aplicado al personal sanitario de un hospital privado y mide ocho aspectos	notificados	<p>descubiertos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Errores que posiblemente no van a perjudicar al paciente • Errores que posiblemente van a perjudicar al paciente 	
			Percepción de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga laboral • Procedimientos seguros • Problemas sobre seguridad del paciente 	
			Expectativas de la supervisión	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha sugerencias de supervisión • Procesos de supervisión • Retroalimentación 	
			Mejora continua	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de la seguridad del profesional • Medidas preventivas • Evaluación de cambios 	
			Trabajo en equipo dentro del área	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo mutuo • Trabajo en equipo • Trato con respeto 	

				<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda entre compañeros 	
			Franqueza en la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Buena comunicación • Cuestionar sobre decisiones • Miedo a hacer preguntas 	
			Dotación de personal	<ul style="list-style-type: none"> • Suficiente personal • Jornada laboral agotadora • Trabajo bajo presión 	
			Cambios de turno	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de información en la transferencia • Intercambio de información • Consecuencias 	

Anexo 4. Formulario de recolección de datos



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LOS DATOS GENERALES

INTRODUCCIÓN:

Estimada(o) personal asistencial: estoy realizando un estudio titulado “La gestión y cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020”, cuyo objetivo es determinar la relación entre la gestión y la cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, por tal motivo me dirijo a usted para solicitarle responder, de forma anónima, el siguiente instrumento. Le ruego hacerlo en forma veraz y objetiva. Agradezco anticipadamente su participación.

INSTRUCCIONES:

A continuación se presenta una serie de enunciados, marque usted con una (X) según considere oportuno su respuesta.

INTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA GESTIÓN

Marque usted con una (X) según considere oportuno su respuesta.

Totalmente de acuerdo (5) De acuerdo (4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)

En desacuerdo (2)
(1)

Totalmente en desacuerdo

Nº	Ítem	1	2	3	4	5
	Dimensión 1: Planeación					
1	¿Cree usted que la gerencia del establecimiento da a conocer las estrategias institucionales para el año en curso?					
2	¿Considera usted que el jefe de servicio da a conocer la proyección de actividades en el					

	mes?					
3	¿Cree usted que se actualiza constantemente los instrumentos de supervisión					
Dimensión 2: Organización						
4	¿Delega el jefe las responsabilidades?					
5	¿Conoce el personal las funciones a realizar?					
6	¿El jefe da a conocer la estructura jerárquica del área?					
7	¿Se le informa a usted sobre los procedimientos para solicitar vacaciones, permisos médicos entre otros?					
Dimensión 3: Dirección						
8	¿El personal ejecuta sus actividades correctamente?					
9	¿Se le hace participar a usted de la toma de decisiones en el área que labora?					
10	¿El jefe de servicio cuenta con un liderazgo participativo?					
Dimensión 4: Control						
11	¿Cree usted que el lugar de trabajo cuenta con un plan de control de sus actividades?					
12	¿Cree usted que el área reporta un plan de supervisión mensual?					
13	¿Considera usted que se realizan evaluaciones periódicamente sobre las diferentes charlas recibidas?					
14	¿Cree usted que el área cuenta con un plan de capacitación sobre algún tema de interés?					

INTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PERSONAL ASISTENCIAL

Marque usted con una (X) según considere oportuno su respuesta.

Totalmente de acuerdo (5) De acuerdo (4) Ni de acuerdo ni en desacuerdo

(3)

En desacuerdo (2)

Totalmente en desacuerdo

(1)

Nº	Ítem	1	2	3	4	5
Dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados						
1	¿Cree usted que se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente?					
2	¿Cree usted que se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente?					
3	¿Cree usted que se notifican los errores que posiblemente van a perjudicar al paciente?					
Dimensión 2: Percepción de seguridad						
4	¿Usted percibe que el ritmo de trabajo debe de aumentar aun cuando eso implica sacrificar la seguridad del paciente?					
5	¿Usted considera que nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia?					
6	¿Usted considera que en esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”?					
Dimensión 3: Expectativas de la supervisión						
7	¿Considera usted que su jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del profesional?					
8	¿A usted se le informan sobre los procesos de supervisión que se llevaran a cabo en su servicio?					
9	¿Cree usted que existe retroalimentación después de la evaluación hacia el personal?					
Dimensión 4: Mejora continua						
10	¿Existen actividades dirigidas a mejorar la seguridad del					

	profesional?					
11	¿Considera usted que se toman las medidas apropiadas cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente?					
12	¿Considera usted que a partir de los procesos de supervisión hacia el personal, se generan cambios de mejora en su seguridad?					
Dimensión 5: Trabajo en equipo dentro del área						
13	¿El personal se apoya mutuamente?					
14	¿Considera usted que cuando existe mucho trabajo, colaboran todos como equipo para así terminar pronto?					
15	¿En esta unidad nos tratamos todos con respeto?					
16	¿Crees usted que cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros?					
Dimensión 6: Franqueza en la comunicación						
17	¿Considera usted que cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, puede hablar de ello con total libertad?					
18	¿Usted cree que el personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus jefes?					
19	¿Cree usted que el personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta?					
Dimensión 7: Dotación de personal						
20	¿Considera que hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo?					
21	¿Considera usted que en el área se proporciona la mejor atención al paciente aunque la jornada laboral sea agotadora?					
22	¿Considera usted que para cumplir con varias actividades tiene que realizar trabajo bajo presión?					
Dimensión 8: Cambios de turno						
23	¿Cree usted que la información de los pacientes se pierde, cuando éstos se transfieren desde un servicio a otro?					
24	¿Cree usted que el intercambio de información entre los					

	diferentes servicios es habitualmente problemático?					
25	¿Cree usted que surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno?					

Anexo 5. Ficha técnica de resumen

FICHA TÉCNICA DE RESUMEN

DATOS GENERALES	
Nombre	Encuesta
Autor	Karen Fernanda Banchón Naula
Fecha	Octubre 2020
País de origen	Ecuador
Dimensiones	Planeación, organización, dirección, control
N° de ítems	14
Aplicación	Personal asistencial
Nivel de aplicación	Individual
Duración	15 minutos

I. Objetivo:

Evaluar de manera individual la dimensión gestión.

II. Validez y Confiabilidad

Validez de contenido: La validez de contenido se desarrolló a través de validación de expertos

Confiabilidad:

A través de estudio piloto el valor de Alfa de Cronbach **0,856**

III. Descripción del instrumento:

La encuesta está compuesta por 4 dimensiones: planeación, organización, dirección y control a través de 14 ítems. A continuación se presenta una tabla con las respectivas dimensiones y con sus ítems.

DIMENSIONES	Ítems	Total
Planeación	1, 2, 3	3
Organización	4, 5, 6, 7	4
Dirección	8, 9, 10	3
Control	11, 12, 13, 14	4

IV. Categorías o niveles:

Totalmente de acuerdo - De acuerdo - Ni de acuerdo ni en desacuerdo - En desacuerdo -Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo

FICHA TÉCNICA DE RESUMEN

DATOS GENERALES	
Nombre	Encuesta
Autor	Karen Fernanda Banchón Naula
Fecha	Octubre 2020
País de origen	Ecuador
Dimensiones	Frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad, expectativas de la supervisión, mejora continua, trabajo en equipo dentro del área, franqueza en la comunicación, dotación de personal, cambios de turno
N° de ítems	25
Aplicación	Personal asistencial

Nivel de aplicación	Individual
Duración	15 minutos

I. **Objetivo:**

Evaluar de manera individual la dimensión cultura de seguridad.

II. **Validez y Confiabilidad**

Validez de contenido: La validez de contenido se desarrolló a través de validación de expertos

Confiabilidad:

A través de estudio piloto el valor de Alfa de Cronbach **0,790**

III. **Descripción del instrumento:**

La encuesta está compuesta por 8 dimensiones: frecuencia de eventos notificados, percepción de seguridad, expectativas de la supervisión, mejora continua, trabajo en equipo dentro del área, franqueza en la comunicación, dotación de personal y cambios de turno a través de 25 ítems. A continuación se presenta una tabla con las respectivas dimensiones y con sus ítems.

DIMENSIONES	Ítems	Total
Frecuencia de eventos notificados	1, 2, 3	3
Percepción de seguridad	4, 5, 6	3
Expectativas de la supervisión	7, 8, 9	3
Mejora continua	10, 11, 12	3
Trabajo en equipo dentro del área	13, 14, 15, 16	4
Franqueza en la comunicación	17, 18, 19	3
Dotación de personal	20, 21, 22	3

Cambios de turno	23, 24, 25	3
------------------	------------	---

IV. Categorías o niveles:

Totalmente de acuerdo - De acuerdo - Ni de acuerdo ni en desacuerdo - En desacuerdo -Totalmente en desacuerdo

Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	------------	--------------------------------	---------------	--------------------------

Anexo 6: Matriz de ítems

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM	ESCALA DE MEDICION
Variable independiente: Gestión	<p>Es un proceso a través del cual se coordinan y optimizan los recursos de un grupo social con el fin de lograr la máxima eficacia, calidad, productividad y competitividad en la consecución de sus objetivos. (Münch, 2010)</p>	<p>Planeación</p> <p>Es cuando se establecen los futuros escenarios y la ruta donde se conduce la institución, también el concepto de los efectos que se procuran conseguir y las estrategias empleadas para lograr la minimización de riesgos (Münch, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de estrategias • Proyección de actividades • Elaboración de instrumentos de supervisión 	<ul style="list-style-type: none"> • La gerencia del Es, da a conocer las estrategias institucionales para el año en curso. • El jefe de servicio da a conocer la proyección de actividades en el mes • Se actualiza constantemente los instrumentos de supervisión 	<p>Ordinal</p> <p>Totalmente de acuerdo (5)</p> <p>De acuerdo (4)</p>
		<p>Organización</p> <p>Consiste en el bosquejo y el establecimiento de las funciones, estructuras, procedimientos y responsabilidades, estableciendo metodologías, y ejecutando la diligencia de métodos destinados a la reducción del trabajo (Münch, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Delegación de responsabilidades • Descripción de funciones • Estructura • Procedimientos 	<ul style="list-style-type: none"> • Los jefes delegan responsabilidades • El personal conoce las funciones a realizar • El jefe da a conocer la estructura jerárquica del área • Se le informa a usted sobre los procedimientos para solicitar vacaciones, permisos médicos 	<p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)</p> <p>En desacuerdo (2)</p> <p>Totalmente en desacuerdo (1)</p>
		<p>Dirección</p> <p>Es en donde se ejecutan todas las etapas del</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de actividades • Toma de decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> • El personal ejecuta sus actividades correctamente 	

		<p>procedimiento administrativo por medio de la guía y alineación de los recursos, y la ejecución del liderazgo. Se enfoca en la acertada toma de decisiones y el procedimiento de conductas y actitudes apropiadas (Münch, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Liderazgo (participativo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se le hace participar a usted de la toma de decisiones en el área que labora • El jefe de servicio cuenta con un liderazgo participativo 	
		<p>Control Se considera como el período del procedimiento administrativo por medio del cual constituyen patrones a fin de valorar los efectos alcanzados con la finalidad de subsanar desviaciones, prevenirlas y optimar constantemente las sistematizaciones (Münch, 2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de control • Plan de supervisión • Evaluación de resultados • Plan de capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> • El servicio cuenta con un plan de control de sus actividades • El área reporta un plan de supervisión mensual • Se realizan evaluaciones periódicamente sobre las actividades • El servicio cuenta con un plan de capacitación sobre algún tema de interés 	

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEM	ESCALA DE MEDICION
Variable dependiente: Cultura de seguridad (profesional)	Según Arias y Gómez (2017) cultura de seguridad es el conjunto de características y actitudes en organizaciones e individuos que aseguren que las cuestiones de seguridad reciban la atención que merecen en razón de su significación.	Frecuencia de eventos notificados Se refiere a la periodicidad con la cual se reportan la ocurrencia de eventos adversos, a través de los mecanismos establecidos por el hospital (Saravia, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Errores descubiertos • Errores que posiblemente no van a perjudicar al paciente • Errores que posiblemente van a perjudicar al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente. • Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente. • Se notifican los errores que posiblemente van a perjudicar al paciente 	Ordinal
		Percepción de seguridad Es la apreciación o idea que cada profesional o trabajador de la salud tiene acerca de la aplicación de la política de seguridad del paciente (Saravia, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga laboral • Procedimientos seguros • Problemas sobre seguridad del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Considera que en el área que labora existe sobrecarga laboral • Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia • En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente" 	Totalmente de acuerdo (5) De acuerdo (4)
		Expectativas de la supervisión Son las perspectivas o lo que se espera que la gerencia y las diferentes coordinaciones hagan con respecto al tema de la seguridad del paciente. (Saravia, 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Escucha sugerencias • Procesos de supervisión • Retroalimentación 	<ul style="list-style-type: none"> • Mi jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del profesional • Se le informa a usted los procesos de supervisión que se llevaran a cabo en su servicio. • Existe retroalimentación después de la evaluación hacia el personal 	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)
		Mejora continua Es la percepción que	<ul style="list-style-type: none"> • Mejoramiento de la seguridad del 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenemos actividades dirigidas a mejorar la 	En desacuerdo (2) Totalmente en desacuerdo (1)

		<p>tiene el equipo de salud sobre los avances en el tema de la seguridad del paciente, teniendo como base el aprender de los errores (Saravia, 2017)</p>	<p>profesional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas preventivas • Evaluación de cambios 	<p>seguridad del profesional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo • A partir de los procesos de supervisión hacia el personal, se generan cambios de mejora en su seguridad. 	
		<p>Trabajo en equipo dentro del área es la opinión que tienen las personas sobre el grado de armonía, apoyo, responsabilidad, creatividad, voluntad, organización y cooperación con la que se realizan las labores en busca de minimizar los riesgos a los que se enfrenta el paciente en el hospital (Saravia, 2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo mutuo • Trabajo en equipo • Trato con respeto • Ayuda entre compañeros 	<ul style="list-style-type: none"> • El personal se apoya mutuamente • Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo • En esta unidad nos tratamos todos con respeto • Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros. 	
		<p>Franqueza en la comunicación es la veracidad y libertad con la que se tratan las situaciones de eventos adversos y la gestión que se lleva a cabo (Saravia, 2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Buena comunicación • Cuestionar sobre decisiones • Miedo a hacer preguntas 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad • El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus jefes • El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de 	

				forma incorrecta	
		<p>Dotación de personal es la apreciación sobre la suficiencia del recurso humano respecto a la carga laboral y el volumen de pacientes que se atienden y su relación con las acciones de seguridad del paciente (Saravia, 2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suficiente personal • Jornada laboral agotadora • Trabajo bajo presión 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo • En el área se proporciona la mejor atención al paciente aunque la jornada laboral sea agotadora. • Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa 	
		<p>Cambios de turno son las dificultades o inconvenientes que se observan en cuanto a la continuidad de la atención cuando hay cambios de turno o traslados de pacientes de un servicio a otro (Saravia, 2017)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de información en la transferencia • Intercambio de información • Consecuencias 	<ul style="list-style-type: none"> • La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde un servicio a otro. • El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático • Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno 	

Anexo 7: Ficha de Expertos



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FICHA DE EXPERTO

La gestión y cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20				Regular 21 - 40				Buena 41 - 60				Muy Buena 61 - 80				Excelente 81 - 100				OBSERVACIONES
		0 5	6 10	11 15	16 20	21 25	26 30	31 35	36 40	41 45	46 50	51 55	56 60	61 65	66 70	71 75	76 80	81 85	86 90	91 95	96 100	
ASPECTOS DE VALIDACION																						
1. Claridad	Esta formulado con un lenguaje apropiado													X								
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables														X							
3. Actualidad	Adecuado al enfoque teórico abordado en la														X							



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FICHA DE EXPERTO

La gestión y cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20				Regular 21 - 40				Buena 41 - 60				Muy Buena 61 - 80				Excelente 81 - 100				OBSERVACIONES
		0 5	6 10	11 15	16 20	21 25	26 30	31 35	36 40	41 45	46 50	51 55	56 60	61 65	66 70	71 75	76 80	81 85	86 90	91 95	96 100	
ASPECTOS DE VALIDACION																						
1. Claridad	Esta formulado con un lenguaje apropiado														X							
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables																X					
3. Actualidad	Adecuado al enfoque teórico abordado en la															X						



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FICHA DE EXPERTO

La gestión y cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020

FICHA DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Indicadores	Criterios	Deficiente 0 - 20				Regular 21 - 40				Buena 41 - 60				Muy Buena 61 - 80				Excelente 81 - 100				OBSERVACIONES
		0 5	6 10	11 15	16 20	21 25	26 30	31 35	36 40	41 45	46 50	51 55	56 60	61 65	66 70	71 75	76 80	81 85	86 90	91 95	96 100	
ASPECTOS DE VALIDACION																						
1. Claridad	Esta formulado con un lenguaje apropiado															x						
2. Objetividad	Esta expresado en conductas observables																x					
3. Actualidad	Adecuado al enfoque teórico abordado en la investigación																x					

