



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

Cultura de seguridad del paciente y barreras en la notificación de
eventos adversos en distrito de salud El Empalme, 2022.

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Villacis Tarira, Bryan Marcelo (orcid.org/0000-0002-7674-591X)

ASESORA:

Dra. Diaz Espinoza, Maribel (orcid.org/0000-0001-5208-8380)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

PIURA – PERÚ

2023

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía, por darme sabiduría y fortaleza cada día. A toda mi familia, a mi esposa por su apoyo incondicional, a mi hijo y a mis padres por los valores que me inculcaron que ha permitido el logro de mis metas profesionales.

AGRADECIMIENTO

A la prestigiosa Universidad César Vallejo del Perú por darme la oportunidad de aprender y obtener un nuevo logro académico.

Asimismo, a la Escuela de Posgrado, a los docentes, les agradezco por con sus experiencias y enseñanzas transmitidas durante mi formación, las mismas que se ven reflejadas en mi desempeño profesional.

A la máxima autoridad del Distrito de Salud El Empalme, por facilitarme el acceso para desarrollar la presente investigación.

Agradezco profundamente a mi asesora, por su orientación y experiencia en el tema quien conjuntamente con sus enseñanzas, ha sido guía en la conquista de esta nueva meta.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	
AGRADECIMIENTO.....	
ÍNDICE DE CONTENIDOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA.....	15
3.1 Tipo y diseño de investigación	15
3.2 Variables y Operacionalización	15
3.3 Población, muestra y muestreo.....	17
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	18
3.5. Procedimiento	21
3.6. Métodos de análisis de datos.....	21
3.7. Aspectos éticos.....	21
IV. RESULTADOS	23
V. DISCUSIÓN.....	33
VI. CONCLUSIONES.....	41
VII. RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS.....	43
ANEXOS	47

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de la población	17
Tabla 2 Validación de juicio de expertos.....	20
Tabla 3 Resultados de confiabilidad calculados con Alfa de Cronbach	20
Tabla 4 Nivel variable de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.....	23
Tabla 5 Niveles de las dimensiones de cultura de seguridad del paciente en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.....	24
Tabla 6 Nivel variable de barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.....	25
Tabla 7 Niveles de las dimensiones de barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.	26
Tabla 8 Niveles de las dimensiones de barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.	27
Tabla 9 Coeficiente de correlación de Spearman entre la cultura de seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos	28
Tabla 10 Correlación entre la comunicación y las barreras de notificación de eventos adversos	29
Tabla 11 Correlación entre las transferencias/transiciones y las barreras de notificación de eventos adversos	30
Tabla 12 Correlación entre el apoyo de la dirección a la seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos.....	31
Tabla 13 Correlación entre la dotación del personal y las barreras de notificación de eventos adversos	32

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

Figura 1 Nivel de la variable cultura de seguridad del paciente.....	23
Figura 2 Niveles de las dimensiones de cultura de seguridad del paciente	24
Figura 3 Nivel de la variable barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.....	25
Figura 4 Niveles de las dimensiones de barreras de notificación de eventos adversos.....	26

RESUMEN

El estudio se realizó en el Distrito de Salud El Empalme Ecuador, con el objetivo de determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos. La metodología fue de tipo básica con enfoque cuantitativo, y diseño transversal no experimental; la muestra fue de 109 profesionales de la salud entre todos los establecimientos de este Distrito, y se les aplicó la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente de la Agencia AHRQ y Cuestionario de las Barreras de notificación de eventos adversos. Los resultados mostraron que el 61.5% la cultura de seguridad del paciente es de nivel medio, seguido de un nivel alto con 38.5% y un nivel bajo con el 0%. En cuanto a las barreras de notificación de eventos adversos, se evidencia una predominancia del 69.7% de nivel alto de barreras, seguido de un nivel medio con 30.3% y un nivel bajo con el 0%. Así mismo, el Coeficiente Rho de Spearman mostró $\rho=0.751$ y $p<0.000$, confirmándose la hipótesis de investigación. Se concluye que existe una correlación positiva alta entre cultura de seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos en distrito de salud El Empalme.

Palabras clave: Cultura de seguridad, barreras de notificación, eventos adversos.

ABSTRACT

The study was conducted in the El Empalme Health District, Ecuador, with the objective of determining the relationship between patient safety culture and the barriers to reporting adverse events. The methodology was basic with a quantitative approach and a non-experimental cross-sectional design; the sample consisted of 109 health professionals from all the facilities in this District, and the AHRQ Agency's Hospital Survey on Patient Safety Culture and the Adverse Event Reporting Barriers Questionnaire were applied to them. The results showed that 61.5% of the patient safety culture is of medium level, followed by a high level with 38.5% and a low level with 0%. As for the barriers to reporting adverse events, there is a predominance of 69.7% of high level of barriers, followed by a medium level with 30.3% and a low level with 0%. Likewise, Spearman's Rho Coefficient showed $\rho=0.751$ and $p<0.000$, confirming the research hypothesis. It is concluded that there is a high positive correlation between patient safety culture and barriers to reporting adverse events in the El Empalme health district.

Keywords: Safety culture, reporting barriers, adverse events.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud OMS (2018), sostiene que la seguridad del paciente es una problemática sanitaria estatal a nivel mundial, 1'300,000.00 millones de los decesos son a causa de virus que se transmite por la sangre como VIH, la hepatitis tipo B, y la hepatitis C. Además, se informa que aproximadamente cien millones de usuarios hospitalarios con discapacidad mueren cada año debido a una atención inadecuada, por ello se recomiendan procedimientos y medidas para registrar y reportar eventos adversos porque de esta forma se logra llevar de manera adecuada con la finalidad de desarrollar una mejor gestión en materia de seguridad, reducción de accidentes, clínica práctica y un entorno seguro en el que se brinda la atención. Para la Organización Panamericana de la Salud (2020) garantizar una atención segura a los usuarios es primordial en cualquier sistema de salud; esto debería ser una prioridad para el área de la salud, cuyos sistemas han demostrado ser incapaces de hacer frente a las circunstancias que conducen a este tipo de eventos adversos.

En Latinoamérica, específicamente en Brasil, se demostró que el error humano fue un factor en los eventos adversos, un 61.83% la distracción y el descuido, el 44.27% por la poca atención al paciente, el 17.56% la administración de medicamentos, y finalmente un 13.36% los errores en la prescripción de recetas. Estos errores pueden afectar los eventos adversos que ocurren en el cuidado al paciente (Viena de Lima et. al., 2019).

En Perú, Gómez (2021) en su estudio determina que la cultura de seguridad del paciente está asociada a limitaciones que existen al momento de reportar eventos adversos de manera significativa y positiva baja en los enfermeros y enfermeras del Centro Médico Naval del Perú, traducándose a que mientras mayor sean los niveles de cultura de seguridad del paciente se presentarán menos barreras de reportes de eventos adversos. Para Camacho (2018) en su

artículo científico donde mide la cultura de seguridad del paciente en profesionales de un establecimiento de atención primaria de salud de Bucaramanga – Colombia comprueba que la cultura de seguridad del paciente en estas instituciones es deficiente, por lo tanto se necesita establecer procedimientos de mejora para fortalecer los conocimientos sobre este tema que ha generado una problemática.

En Ecuador, Rojas (2022) buscó en su estudio identificar factores asociados al subregistro de eventos adversos en el centro de salud La Troncal Tipo C; obtuvo como resultados una gran proporción de profesionales de la salud que trabaja en este establecimiento jamás reportan situaciones o incidentes que amenacen la seguridad del paciente. Los resultados también mostraron que la falta de notificación se debió a varios factores, como no saber cómo completar el formato para el reporte de eventos adversos, desconfianza o temor en la confidencialidad del procedimiento de notificación y temor a las consecuencias o sanciones legales.

Luego del abordaje de la realidad problemática en instituciones nacionales y a nivel e internacional, en el Distrito de salud El Empalme también se presentan problemáticas con la baja cultura de seguridad del paciente y cumplimiento de reportes de eventos adversos. Desde el año 2019 el Centro Nacional de Farmacovigilancia de la ARCSA Ecuador que es el ente encargado de capacitar sobre seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en las unidades de la Red Pública Integral de Salud (RPIS), dispone que cada centro de salud del Distrito de salud el Empalme deben reportar mensualmente al menos un evento adverso, y el establecimiento del segundo nivel de atención tres eventos adversos; pero a la fecha no se ha estado cumpliendo con la disposición del ente regulador sanitario nacional, para ello en la presente investigación se formula la siguiente pregunta de investigación. ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y barreras en la notificación de eventos adversos en establecimientos del Distrito de Salud El Empalme?

Esta investigación está basada en la calidad de la atención y seguridad de los pacientes que crean un modelo de tratamiento superpuesto para eventos adversos en el cuidado de la salud, lo que requiere la implementación de metodologías para el reporte oportuno de eventos adversos, y de manera efectiva, porque su identificación permite mejorar el sistema de salud y minimizar peligros y consecuencias para la salud de los pacientes. Para desarrollar las variables del estudio, se realiza una recopilación completa de datos para entender la situación del arte e identificar vacíos de información. Como justificación metodológica, las herramientas utilizadas para la recopilación de datos cumplen con las exigencias de validez y confiabilidad disponibles para los investigadores. Finalmente, el estudio se elaboró en beneficio del Distrito de Salud El Empalme, identificando notificación de eventos, barreras de eventualidades adversas y como impacta en la cultura de seguridad del usuario para definir mejoras continuas como beneficios del proceso. También nos permiten evaluar regularmente la efectividad del sistema de notificación implementado. Con base en los resultados, el personal operativo y los supervisores deben desarrollar lineamientos y planes de mejora continua para garantizar un tratamiento seguro y oportuno.

Como objetivos de la investigación se encuentra como objetivo general determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos en distrito de salud El Empalme 2022. Dentro de los objetivos específicos se tiene determinar la relación entre la comunicación y las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme 2022, determinar la relación entre las transferencias/transiciones y las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme 2022, determinar la relación entre el apoyo de la dirección a la seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme 2022 y determinar la relación entre

la dotación del personal y las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme 2022.

La Hipótesis General de la presente investigación es que la cultura de seguridad del paciente se relaciona de manera significativa con las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022. Se tiene cuatro hipótesis específicas, la primera que la comunicación se relaciona de manera significativa con las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme, luego Las transferencias/transiciones se relacionan de manera significativa con las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme, como tercera el apoyo de la dirección a la seguridad del paciente se relacionan de manera significativa con las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme, y finalmente la dotación del personal se relaciona de manera significativa con las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme.

II. MARCO TEÓRICO

En México, Ramírez y González (2017) en su trabajo de investigación, recomiendan determinar el clima de seguridad y las percepciones culturales y determinar cómo inciden los eventos adversos entre las enfermeras en las clínicas de atención primaria. En este estudio descriptivo, transversal y prospectivo, encuestaron a 27 de 33 enfermeras utilizando la Encuesta sobre cultura de seguridad del paciente en hospital y encontraron que casi el tercio de los encuestados no han informado un solo evento adverso en los últimos años. Además, una cantidad superior a la mitad informó que el clima de seguridad del paciente estaba entre aceptable y mejor. Con respecto a las principales áreas de mejoría haciendo concordancia a la cultura de seguridad en el establecimiento de estudio, tales como el trabajo en conjunto en la misma área y cambios o transición de turnos; el 70.4% de los encuestados indican que no hay coordinación entre ellos, el 55.6% presentan incertidumbre cuando se transfiere a algún paciente, el 51.9% indican que se pierde información en los cambios de turno, y el 51.9% respondieron que existen inconvenientes durante el intercambio entre unidades.

Da Penha y Da Silva (2017) evaluaron la cultura de seguridad del paciente en un establecimiento de salud universitario de Murcia, España, utilizando un método descriptivo con enfoque cuantitativo con muestra de estudio que estuvo conformada por 203 enfermeras que respondieron a la Encuesta sobre la Cultura de la Seguridad del Paciente (HSOPSC), determinaron la necesidad que existe en que los directores y líderes de la institución deben participar y tomar medidas específicas para aumentar la conciencia y priorizar las pruebas de seguridad del paciente en los entornos hospitalarios. En cuanto a la dimensión de apoyo por parte de gerencia hospitalaria para la seguridad de los pacientes el 34.68% asegura que la dirección hospitalaria promueve un clima de trabajo que fomente la seguridad de los pacientes, el 41.83% indican que para la dirección hospitalaria considera como prioridad principal a la seguridad del paciente y el 37.19% responden que la dirección hospitalaria se interesa en la

seguridad de los pacientes cuando se presentan sucesos adversos; en relación al trabajo en equipo entre las áreas del establecimiento de salud, el 42.71% indican que no hay coordinación entre las unidades, el 34.52% afirman que existe buena cooperación entre las áreas del establecimiento, el 46% manifiestan que a veces no les agrada laborar con profesionales de las otras áreas del establecimiento, y el 35.18% respondió que las áreas del establecimiento laboran bien en equipo para brindar una buena atención al paciente.

En Brasil, De Lima et. al. (2019) realizaron estudios de los reportes de eventos adversos en un Establecimiento de Salud Privado de Brasil mediante un estudio exploratorio, documental y retrospectiva donde se recopiló la información con 760 empleados y determinaron que en la institución se observa que los incidentes son ocasionados por circunstancias humanas y se pueden cambiar. Estos pueden minimizarse mientras se lleva a cabo la investigación, lo que ayuda a que mejore la seguridad y la calidad del cuidado al paciente. Se analizaron 262 reportes de incidentes y eventos adversos ocurridos entre 2015 y 2016. Los resultados mostraron que el error humano fue un factor que contribuyó a la ocurrencia de eventos adversos. Del total de cuadros examinados, 161 (61,83%) indicaron distracción y descuido. Se omitieron once casos (4,20%). La falta de atención al paciente fue responsable de 116 (44,27%) errores de medicación, 46 (17,56%) errores de imprenta y recetas y 35 (13,36%) errores de asistencia.

Quispe (2020) desarrolló una tesis de actitudes y conocimientos en sucesos adversos de cultura de seguridad del paciente de los profesionales sanitarios de la Clínica Divino Niño Jesús de Lima – Perú, con este estudio descriptivo, cuantitativo, prospectivo y trasversal; utilizó una encuesta tipo Escala de Likert ya sea la variable conocimiento como actitud, consiguió determinar la existencia entre actitudes y conocimientos acerca de sucesos adversos, en la cultura de

seguridad del paciente del profesional sanitario de este establecimiento de salud, ya que, al tener mayor conocimiento, se obtendrá una mejor actitud.

En estudio cuantitativo de tipo descriptivo realizado en Bogotá - Colombia sobre causas del no reporte de eventos adversos en los enfermeros y enfermeras de un establecimiento de cuarto nivel por Parra, Ramírez, y Rincón (2021); utilizaron la encuesta “Conocimiento y percepción frente a los eventos adversos y medios de reporte” usando el programa Statistics Subscription (SPSS), con el fin de conseguir resultados de tendencia central de las variables cuantitativas y repeticiones de las variables cualitativas de tipo ordinal y nominal. En la categoría de “Conocimientos sobre eventos adversos” obtuvieron como primer resultado que El 97,7% (n=42) del personal encuestado refiere conocer la definición de evento adverso; luego que el 97,7% (n=42) del personal encuestado conoce y define correctamente un evento adverso; tercero, que El 100% (n=43) de los participantes encuestados logran identificar correctamente un evento adverso a partir de varios ejemplos presentados; y finalmente 81,4% (n=35) de los participantes considera que los incidentes deben ser reportados. En la categoría sobre “Causas de la no notificación de eventos adversos” se determinó que el 100% (n=43) de los participantes considera que los reportes de sucesos adversos es necesario porque permite enriquecer la calidad de atención en salud; el 72,1% (n=31) de los participantes considera que el reporte de eventos adversos genera comentarios negativos de compañeros y superiores; el 55,8% (n=24) del personal encuestado considera que en la clínica no existe una cultura punitiva en donde se castiga al reportante de eventos adversos; El 90,7% (n=39) de los participantes considera que la jornada laboral y las actividades propias de enfermería permiten la identificación y el reporte de eventos adversos durante el turno; el 67,4% (n=29) de los participantes considera que la notificación de eventos adversos no genera registro alguno en la hoja de vida; y finalmente El 90,7% (n=39) de los participantes ha recibido alguna capacitación por parte de la clínica sobre los eventos adversos y los medios de reporte.

Rojas (2022) en su tesis evaluó lo que causaba el no reporte de eventos adversos en un Centro De Salud la Troncal Tipo C de Ecuador, se empleó un estudio descriptivo en los tres primeros meses del año 2022 para recolectar datos encuestando una muestra de 68 personas que accedieron a dar su consentimiento informado, con una diferencia del 9% de error y un 95% en nivel de confianza. Estos resultados obtenidos muestran que un gran número de especialistas que laboran en los centros de salud no reportan situaciones que condicionan la seguridad de los pacientes. Los resultados también muestran que la no notificación está relacionada con varios factores, como el no saber manejar los formatos de notificación de eventos adversos, el miedo a los obstáculos legales o sanciones disciplinarias que pueden llevar a la notificación.

El desarrollo de este estudio se basa en las siguientes teorías.

En Seguridad del paciente podemos encontrar la teoría error de Reason la cual se basa en que las personas cometen errores, aunque los eviten intencionalmente, por lo que es necesario rediseñar los procesos para reconocer y eliminar los riesgos, utilizando estrategias para detectarlos y prevenirlos. La teoría del error, establece que los errores son circunstancias para que la atención médica mejore ya que las organizaciones médicas están compuestas por un sistema complejo y debido a que están involucrados múltiples procesos. (Shams, 2017).

También existe un marco teórico llamado Teoría de Restricciones TOC desarrollado por el Dr. Eliyahu Goldratt en el año 1983, que es una teoría de gestión y liderazgo que permite a las empresas gestionar de forma lógica y sistemática para lograr resultados o metas, centrándose en evitar que la organización logre sus metas Limitaciones o limitaciones asociadas al máximo rendimiento. Aplicando esta teoría en un sistema en los sistemas de salud, aumenta la calidad de la atención del paciente, aumenta el número de pacientes

tratados por unidad de tiempo, mejora el acceso a los servicios y disminuye la duración del tratamiento; la estancia hospitalaria se consigue sin recursos adicionales y no aumentará la demanda ni la sobrecarga de personal. La aplicabilidad de la teoría TOC de las limitaciones en los sistemas de gestión de la seguridad del paciente posibilita a los establecimientos de salud mejorar el estudio de los sucesos adversos a través de procesos de pensamiento, ya que la práctica no se basa en mejorar los óptimos locales o hilos, sino en determinar las restricciones reales. El sistema permite un análisis más profundo para revelar los conflictos y limitaciones fundamentales del sistema (León, 2012).

En cuanto a la teorías de comunicación de eventos adversos, Moreno y Parra (2017) enfatizan la teoría de la incertidumbre (teoría del rango medio) para desarrollar la notificación de eventos adversos, que permita ser base para el servicio de la atención paciente, planteado por Merle Mishel, quien investiga mediante la reducción del grado de incertidumbre experimentado por los enfermeros involucrados en la situación, en la notificación o en ambas, el reconocimiento y clasificación debe comunicar claramente el objetivo de establecer un diagnóstico en términos de seguridad clínica, facilitando así el proceso e implementación de planes de mejora y promoviendo la notificación de eventos adversos, avalando en última instancia el bienestar del paciente como objeto de cuidado humano. La Teoría de la Incertidumbre en la Enfermedad ofrece a los profesionales oportunidades ilimitadas para diseñar una gama de intervenciones destinadas a reducir el estrés de la enfermedad centrándose en muchas dimensiones específicas del individuo, dando a las intervenciones un carácter humanista.

La filosofía de H.W. Heinrich considerado como precursor de la salud ocupacional y seguridad, que formó en 1931 en su libro *Industrial Accident Prevention* revelaba que la causa un alto porcentaje de accidentes está en sucesos inseguros de las personas, que son responsables de muchos accidentes que las condiciones inseguras. Proporción estimada de eventos

adversos por cada 30 lesiones mínimas recomendadas y 300 cuasi eventos. Se ha propuesto una jerarquía en la que los eventos adversos-lesiones mínimos se distribuyen como 1-10-600. Esta conclusión se basa en un análisis de 1'500.000 de incidentes. En consecuencia, se llegó a la definición de un modelo iceberg que define la relación entre sucesos adversos y eventos.

La cultura de seguridad del paciente se la considera como una norma más sustancial que afecta la calidad de atención y se está convirtiendo cada vez más en un tema transversal en el sistema de salud. Es fundamental fomentar una cultura de seguridad del paciente en el ámbito laboral para aumentar la complacencia y el bienestar de los usuarios. La cultura de seguridad del paciente se ha cristalizado como un tema trascendental en el sistema sanitario, centrándose en la calidad y la excelencia en cualquier sistema de salud (Gómez, et. al., 2011).

Crear una cultura positiva de seguridad del paciente es una necesidad básica que permite evadir posibles afecciones a los pacientes y poder aprender activamente de los errores. En este sentido Pérez, Rodríguez y Recio (2016) definen la cultura de seguridad del paciente como los principios, conducta, apreciación, habilidades y propósitos de las personas para disminuir los riesgos y perjuicios a los pacientes. Por ello, de cultura de seguridad del paciente puede entenderse como una situación dinámica propia de cada trabajador de la salud y de cada establecimiento; requiere amplios conocimientos médicos y epidemiológicos, habilidades de comunicación y una actitud humanitaria.

De la misma manera Rocco y Garrido (2017) conceptualiza la cultura de seguridad como un compuesto de normas y principios compartidos por los sujetos organizacionales e incluye el empoderamiento de los individuos, entendiendo la seguridad como un modelo mental compartido para el logro de objetivos comunes. y organización Comprometidos con los programas de seguridad del paciente. El objetivo principal de la seguridad del paciente es la

reducción del daño, seguido de la reducción del error inherente a la condición humana.

Tartaglia et. al. (2018) Afirma que la seguridad del paciente es un elemento importante para una atención médica de calidad. Se conoce que cada vez es muy importante regenerar la cultura de seguridad en los establecimientos de salud para tener una mejor calidad del cuidado médico. La cultura de seguridad se vincula con buenos resultados, sobre todo en establecimientos sanitarios de la atención secundaria en adelante. La importancia de la cultura de seguridad, que comenzó con los accidentes de Chernobyl y Challenger, ahora es parte de la cultura de una organización, influyendo en las posturas y conductas de sus integrantes, que se utilizan para evaluar los rasgos conductuales y psicológicos que pueden conllevar a la prevención de accidentes (Tear, et. al., 2020).

Una cultura de seguridad promueve destrezas que evitan daños innecesarios a los usuarios externos y crea un entorno seguro para quienes participan en el sistema sanitario. La comprensión, el dominio y la aplicación adecuada de estas prácticas son indicativas de una mejora continua en la práctica médica (Gavilanes, et. al., 2021). Para la OMS (2022) actualmente reconoce a la seguridad del paciente como una problemática de salud pública global amplio y creciente. La seguridad del paciente significa que no causa ningún daño evitable a los usuarios en el curso de la atención médica, en particular reduciendo los riesgos de daños innecesario relacionado con la asistencia médica a una mínima tolerable.

Dentro de las dimensiones de cultura de seguridad del paciente se evaluará la apertura en la comunicación, transferencias y transiciones, apoyo de la dirección a la seguridad del paciente, y dotación de personal (Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, 2019).

La AHRQ (2019) define a la apertura en la comunicación como la medida en que el profesional de salud dice libremente si observa algo que puede afectar

de manera negativa al paciente y no dude en cuestionar a quienes tienen más autoridad. Las transferencias y transiciones es cuando la información de importancia sobre el cuidado del paciente es transferida entre las áreas del establecimiento y en rotación de turnos. La dimensión apoyo de la dirección a la seguridad del paciente se da cuando la gerencia del establecimiento de salud proporciona un ambiente laboral que fomente la seguridad del paciente y demuestra que la seguridad del paciente es una prioridad máxima. Y finalmente, la dotación de personal significa tener trabajadores suficientes para llevar la carga laboral y suficiente tiempo para brindar la mejor atención a los pacientes.

Los eventos adversos son acontecimientos de atención médica que resultan en un daño para el paciente: deterioro funcional, estancia hospitalaria prolongada, incapacidad temporal o permanente, o incluso la muerte. (Rodríguez, et. al., 2017). Para la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (2018) cualquier evento médico desafortunado que puede ocurrir durante el tratamiento con medicamentos genéricos, biológicos, medicamentos que contienen sustancias clasificadas controladas y productos naturales procesados con fines médicos, pero que no está necesariamente relacionado con el tratamiento causado por el medicamento.

Zárate et. al. (2018) Señala que un evento adverso es un daño provocado por la atención médica que se originó en una hospitalización prolongada, discapacidad o fallecimiento. Además, generan desconfianza en los pacientes en los establecimientos de salud, lo que finalmente afecta a los profesionales e instituciones de salud. El reporte de eventos adversos es importante para la seguridad del paciente porque proporciona al personal sanitario informar sobre la salud y los sucesos adversos.

Las barreras en la notificación de eventos adversos son aquellas barreras relacionadas a los reportes de eventos e incidentes adversos que limitan el registro de los mismos, vinculándolos a los determinantes de las interrelaciones

entre los trabajadores de la salud y el medio ambiente (Bañeres, et. al., 2014). La notificación de los errores es una actividad muy importante y debe realizarse en un entorno que no intente crear culpas, lo que permite la identificación, el análisis y la creación de barreras protectoras para facilitar el desarrollo de directrices y protocolos. Los informes de eventos también le permiten preparar mediciones de calidad con un enfoque en la educación y capacitación continua de los empleados. Un buen ambiente de trabajo, basado en la implementación de procesos de comunicación, organización de sistemas de información y gestión, facilita las actividades de reporte a los profesionales (Alvarado y Achury, 2016).

Las barreras para informar eventos adversos en los establecimientos de salud varían según las características de cada establecimiento y la cultura de seguridad del personal del establecimiento. Por esta razón, el diagnóstico situacional es una prioridad para comprender qué impulsa a las personas a reportar eventos adversos cuando ocurren, de modo que, una vez conocida la causa, se pueda desarrollar un plan de acción o estrategia para promover una cultura de reporte en el entorno de atención médica. Los enfoques para abordar las barreras al reporte de eventos adversos deben ser internamente fáciles de usar, fáciles de entender y aplicar, y ampliamente conocidos dentro de las estructuras de implementación (Rojas, 2022).

Las barreras de notificación de eventos adversos están diseñadas para prevenir accidentes o mitigar las consecuencias de los errores. Éstas presentan dimensiones de barreras organizacionales, barreras actitudinales y barreras cognoscitivas. Las barreras organizativas, se refieren a los castigos administrativos y legales, sistemas de informes no disponibles, confidencialidad del sistema, sobrecarga de trabajo, estrés laboral y respuesta inadecuada de los superiores a los eventos adversos. Se entiende que las barreras actitudinales permiten “saber” cómo actuar, los aspectos actitudinales de los

individuos son determinantes a la hora de escoger a un nuevo profesional, porque no solo se destaca su nivel intelectual sino también actitudinal, que nos indica si realmente están aptos para cumplir dicha función; estas barreras están relacionadas con el miedo a la censura, la pérdida del respeto profesional y la falta de cultura de notificación de eventos adversos. Y finalmente las barreras cognoscitivas pertenecen o está relacionado con el conocimiento, que a su vez es la acumulación de información debido al proceso de aprendizaje o experiencia, es decir, se refiere al conocimiento insuficiente de la materia y proceso de reporte (Bañeres, et. al., 2014).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación

Investigación básica también conocida como investigación pura o teórica. Su peculiaridad es que sale del marco teórico y permanece dentro mismo. El objetivo es acrecentar el conocimiento científico sin contrastar los aspectos prácticos. (Muntané, 2010).

Esta investigación es de tipo básica con un enfoque cuantitativo por la utilización de la estadística para analizar los resultados obtenidos de la aplicación de una encuesta (Useche, et. al., 2019).

3.1.2 Diseño de investigación

Los diseños transversales se clasifican como estudios observacionales basados en individuos que generalmente tienen dos propósitos: descriptivos y analíticos. También se le llama estudio de prevalencia o estudio transversal; su propósito principal es determinar la periodicidad de una condición o enfermedad particular en la población de estudio. Los diseños transversales generalmente incluyen personas con y sin una condición en una circunstancia dada (medidas simultáneas), y en este tipo de diseño el que investiga no desarrolla algún tipo de intromisión. El investigador mide una o más variables en cada individuo (Burt, 2013).

Este estudio se desarrolla un diseño transversal no experimental, debido a que no se manipulan las variables; así como de nivel ya que fue diseñado para evaluar la relación entre las variables de estudio (Hernández, et. al., 2018).

3.2 Variables y Operacionalización

Variable: Cultura de seguridad del paciente.

Definición conceptual

La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (2019) define la cultura de seguridad del paciente como comportamientos en los

servicios de salud que previenen daños o incidentes adversos a los pacientes durante la prestación de los servicios de salud.

Definición operacional

La evaluación de la variable cultura de la seguridad del paciente será empleando una encuesta que evaluará la cultura de seguridad del paciente donde se incluyen dimensiones como comunicación y la frecuencia de eventos adversos reportados.

Dimensiones / indicadores

Apertura en la comunicación. - Libertad para hablar de los riesgos en el cuidado del paciente, cuestionar decisiones de los jefes y comunicación entre los profesionales de salud,

Transferencias y transiciones. - Seguridad de la información del cuidado de los pacientes, inconvenientes en el cambio de turnos.

Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente. – Aceptación por el supervisor de sugerencias, acciones correctivas, promoción de seguridad de los pacientes.

Dotación de personal. - Existencia de profesionales suficientes, y prioridad para efectuar la seguridad del paciente.

Escala: Ordinal.

Variable: Barreras en la notificación de eventos adversos

Definición conceptual

Las barreras para el reporte de eventos adversos están relacionadas con los determinantes que se manifiestan en las interacciones de los profesionales de la salud y los entornos que limitan la notificación de incidentes y eventos adversos (Bañeres, et. al., 2014).

Definición Operacional

Es la existencia de barreras organizativas, actitudinales y cognoscitivas que se asocian al reporte de eventos adversos en establecimiento del Distrito de Salud El Empalme.

Dimensiones / indicadores

Barreras Organizacionales: Temor a sanciones administrativas, accesibilidad al sistema de reporte, estimulación para reportar eventos adversos, y organización para reportar eventos adversos.

Barreras actitudinales: Cultura en el reporte de eventos adversos.

Barreras cognoscitivas: Nivel de conocimiento sobre eventos adversos.

Escala: Ordinal.

3.3 Población, muestra y muestreo

Población

La población es el conjunto de medidas que se pueden realizar en función de las características comunes de un grupo de organismos u objetos.

En el presente estudio participaron 109 profesionales sanitarios de los establecimientos del Distrito de Salud El Empalme que se ubica en la provincia del Guayas, cantón El Empalme.

Tabla 1

Distribución de la población

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PROFESIONALES DE LA SALUD	N°	%
HOSPITAL BÁSICO EL EMPALME	Médicos	16	15%
	Enfermeros	26	24%
	Obstetras	4	4%
	Ginecólogos	2	2%
	Pediatra	1	1%
	Cirujano	1	1%
	Odontólogos	1	1%
	Tecnólogo en Anestesia	1	1%
	Auxiliares de Farmacia	8	7%
	Médicos	11	10%

CENTRO DE SALUD EL EMPALME	Enfermeros	6	6%
	Obstetras	2	2%
	Odontólogos	2	2%
	Auxiliares de Farmacia	1	1%
CENTRO DE SALUD LA GUAYAS	Médicos	5	5%
	Enfermeros	4	4%
	Obstetras	1	1%
	Odontólogos	2	2%
CENTRO DE SALUD EL LIMÓN	Auxiliares de Farmacia	1	1%
	Médicos	7	6%
	Enfermeros	3	3%
	Obstetras	1	1%
	Odontólogos	2	2%
TOTAL		109	100%

Nota: Datos obtenidos del distributivo del personal del Distrito de Salud El Empalme.

Muestra

El muestreo de conveniencia no probabilístico es un tipo de dispositivo de muestreo elegido en función de la conveniencia o disponibilidad del investigador. Este tipo de muestreo se emplea para obtener los datos de la población de manera rápida y económica. Las muestras de conveniencia se pueden usar en la fase exploratoria para crear estudios hipotéticos y confirmatorios en los que los investigadores estén dispuestos a correr el riesgo de que sus resultados sean muy imprecisos (Tamayo, 2001).

Muestreo

El muestreo utilizado fue el no probabilístico por conveniencia dado que se tiene acceso a las unidades de estudio para la investigación.

Unidad de análisis

La unidad de análisis son los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme que tienen trato directo con los usuarios.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Para Useche et. al. (2019) la técnica determina cómo se utiliza el método, por lo que se considera una práctica más definida. Se refiere a los procedimientos adoptados para alcanzar el objetivo de la investigación.

Para realizar encuestas, se utiliza métodos de encuesta para recopilar datos sobre las variables de investigación. Una encuesta es un método moderado de recopilar información de una muestra grande durante un período de tiempo (Hernández, et. al., 2018).

Instrumentos

Se utilizarán dos cuestionarios como herramientas. Para medir la cultura de seguridad del paciente se empleó la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) versión 2.0. Este cuestionario solicita opiniones sobre problemas de seguridad del paciente, errores médicos e incidentes informados por los centros de atención médica y demora entre 10 y 15 minutos en completarse. La escala a medir será muy en desacuerdo; en desacuerdo; ni de acuerdo, ni en desacuerdo; de acuerdo; y muy de acuerdo.

Otra herramienta utilizada será un cuestionario de reporte de eventos adversos elaborado por una ciudadana mexicana (Rosas & Zárate, 2017) con 15 ítems en escala de Likert y evaluando variables utilizando las siguientes dimensiones: barreras organizacionales, barreras actitudinales y barreras cognoscitivas, probado con evaluación de expertos, y la confiabilidad se demuestra aplicando el alfa de Cronbach ($\alpha=0.871$). La escala a medir será nivel bajo: 15 – 34, nivel medio: 35 – 54, y nivel alto: 55 - 75.

Validez

La validez de un instrumento es el grado en que la herramienta valida identificando las variables a las que se dirige (Hernández, et.al., 2018).

En el estudio, la prueba es realizada por el juicio de cuatro expertos que analizan la validez utilizando el coeficiente V de Aiken y los resultados muestran que el instrumento es válido.

Tabla 2

Validación de juicio de expertos

Experto	Grado Académico	Nombre y Apellidos	Dictamen
1	Med.	Cesar Salazar Rodriguez	Aplicable
2	Med.	Juan Bermeo Mena	Aplicable
3	Mg.	Lisette Monserrate Constantine	Aplicable
4	Od.	Mayra Carrera Prado	Aplicable
5	Q.F.	Leydi Alzate Montoya	Aplicable

Nota: Elaboración propia

Confiabilidad

La confiabilidad de la encuesta hace referencia a la consistencia del número de puntos cuando la misma persona se verifica con el mismo cuestionario en diferentes circunstancias (Useche, et. al., 2019).

Se utiliza el coeficiente Alfa de Cronbach, para lo cual en la investigación se realiza una prueba piloto con 33 participantes, y se calculó el Alfa de Cronbach.

Tabla 3

Resultados de confiabilidad calculados con Alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad		Niveles
Alfa de Cronbach	Nº de elementos	
0.84	16 ítems de cultura de seguridad del paciente	Aceptable
0.90	15 ítems de barreras de la notificación de eventos adversos	Aceptable

Nota: Elaboración propia.

3.5. Procedimiento

El proceso de recopilación de información se inicia solicitando el permiso a la Directora del Distrito de Salud del Empalme, y una vez otorgado el permiso, se acordarán las fechas para el uso de estas herramientas. Luego, antes de usar el cuestionario, se explica los objetivos del estudio a los participantes y se enfatiza el respeto por su anonimato y confidencialidad.

Después de la recopilación de información, éstos fueron codificados y luego vaciados en la matriz de datos del programa Excel para el procesamiento estadístico de acuerdo con los objetivos de la investigación. Después de explicar el propósito del estudio, los participantes del estudio aceptaron voluntariamente participar en el estudio al proporcionar su consentimiento informado.

3.6. Métodos de análisis de datos

Concluida la recopilación de información, se los traslada en una matriz de datos en una hoja de excel de acuerdo a la codificación, y se realiza el análisis estadístico.

Se aplica la estadística descriptiva, expresando los resultados en tablas de frecuencia. De la misma manera, se utiliza la estadística inferencial para la prueba de las hipótesis en estudio.

3.7. Aspectos éticos

Este trabajo de investigación asegura que los principios y derechos de los cuestionados no se vean comprometidos al vulnerar de su identidad e información clínica.

La recolección de datos se realiza de manera confidencial. Además, la recolección de datos solo se realiza con autorización previa de la Directora Distrital de Salud del cantón El Empalme.

Beneficencia, con esta investigación se busca hacer el bien, promover el beneficio de las personas, el estudio no crea daño a los participantes.

Justicia, incluye a todas las personas encuestadas, siendo tratados de manera equitativa.

IV. RESULTADOS

Resultados Descriptivos

Variable 1: Cultura de seguridad del paciente

Tabla 4

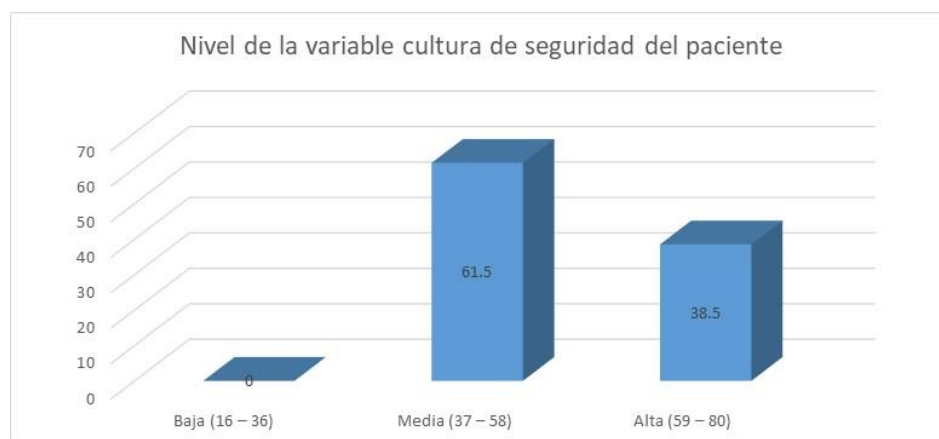
Nivel variable de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.

Nivel	fi	%
Baja (16 – 36)	0	0.0
Media (37 – 58)	67	61.5
Alta (59 – 80)	42	38.5
Total	109	100.0

Nota: Cuestionario aplicado a los usuarios.

Figura 1

Nivel de la variable cultura de seguridad del paciente



Nota: Datos obtenidos de la tabla 2

Interpretación: En la tabla 2 y figura 1, se muestran los resultados descriptivos del nivel de la variable cultura de seguridad del paciente, donde se evidencia la predominancia del 61,5% de nivel medio de cultura, seguido de un nivel alto con 38.5% y finalmente un nivel bajo con el 0%.

Dimensiones variable 1

Tabla 5

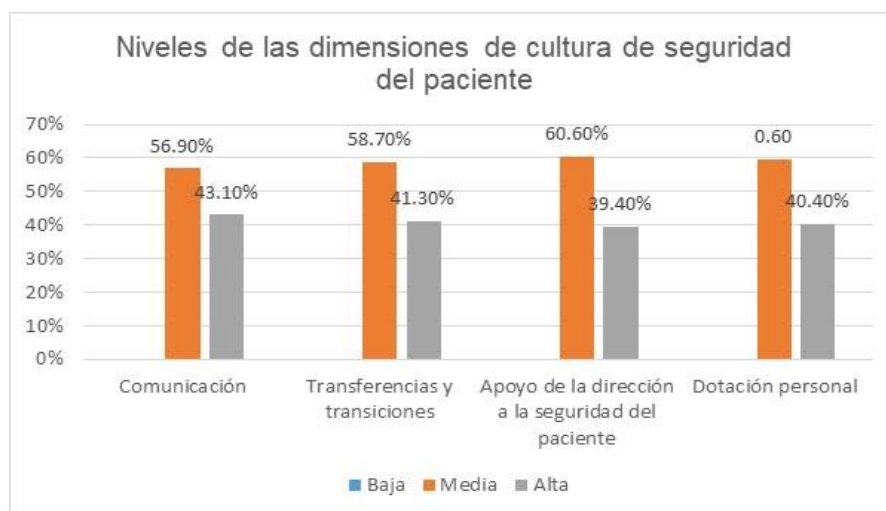
Niveles de las dimensiones de cultura de seguridad del paciente en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.

Nivel	Comunicación		Transferencias y transiciones		Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente		Dotación de personal	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Baja	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Media	62	56.9	64	58.7	66	60.6	65	59.6
Alta	47	43.1	45	41.3	43	39.4	44	40.4
	10							
	9	100.0	109	100.0	109	100.0	109	100.0

Nota: Base de datos recolectados

Figura 2

Niveles de las dimensiones de cultura de seguridad del paciente



Interpretación: En la tabla 3 y figura 2 nos muestra los resultados de las dimensiones de la variable cultura de seguridad del paciente en personal sanitario, se puede observar que la mayor parte de las dimensiones se ubicaron en el nivel medio, siendo la dimensión apoyo de la dirección a la seguridad del paciente la que mayor puntaje obtuvo (60,6), seguido de dotación del personal (59,6), transferencias y transiciones (58,7%) y finalmente, comunicación (56,9%); en cuanto al nivel alto la dimensión comunicación puntuó un 43,1%, un alto porcentaje en comparación a

las otras dimensiones en ese mismo nivel, además todas las dimensiones reflejaron 0% estar en un nivel bajo.

Tabla 6

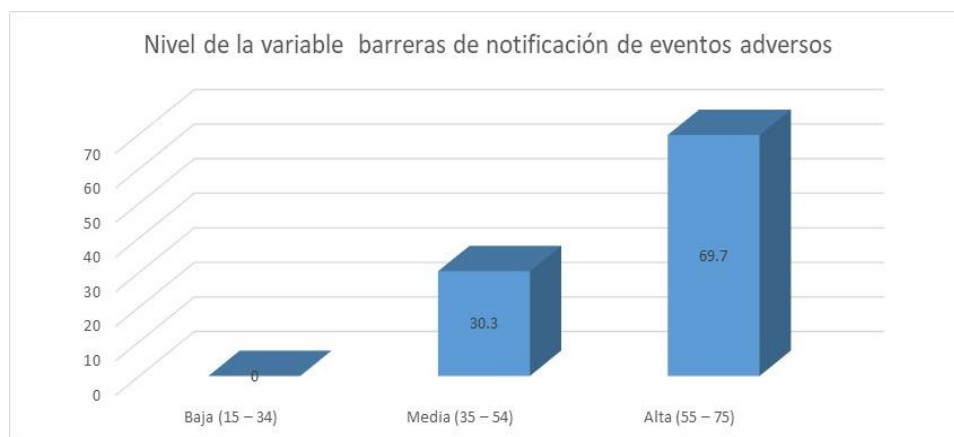
Nivel variable de barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.

Nivel	fi	%
Baja (15 – 34)	0	0.0
Media (35 – 54)	33	30.3
Alta (55 – 75)	76	69.7
Total	109	100.0

Nota: Cuestionario aplicado a los usuarios.

Figura 3

Nivel de la variable barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.



Interpretación: En la tabla 4 y figura 3, se presentan los resultados descriptivos del nivel de la variable barreras de notificación de eventos adversos, donde se evidencia una predominancia del 69.7% de nivel alto de barreras, seguido de un nivel medio con 30.3% y finalmente un nivel bajo con el 0%.

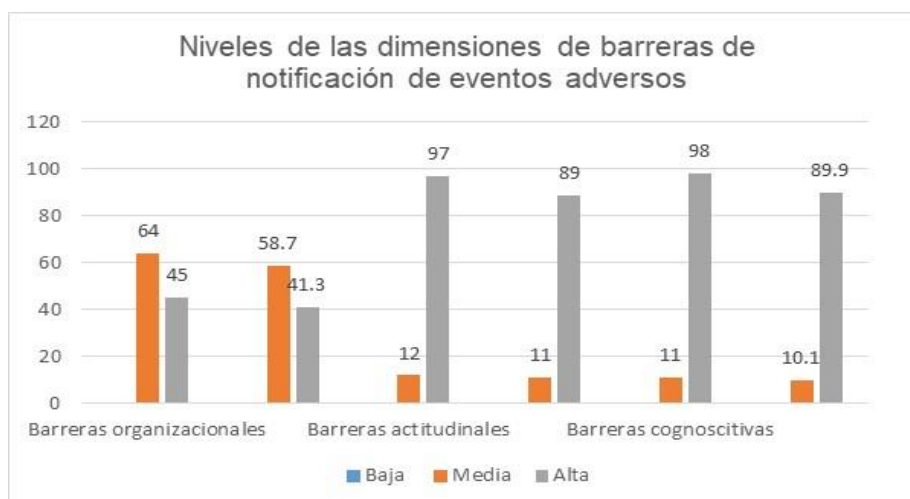
Tabla 7

Niveles de las dimensiones de barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.

Nivel	Barreras organizacionales		Barreras actitudinales		Barreras cognoscitivas	
	fi	%	fi	%	fi	%
Baja	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Media	64	58.7	12	11.0	11.0	10.1
Alta	45	41.3	97	89.0	98.0	89.9
	109	100.0	109	100.0	109	100.0

Figura 4

Niveles de las dimensiones de barreras de notificación de eventos adversos



Interpretación: En la tabla 5 y figura 4 nos muestra los resultados de las dimensiones de la variable barreras de notificación de eventos adversos, se puede observar que la mayor parte de las dimensiones se ubicaron en el nivel alto, siendo las dimensiones barreras actitudinales y barreras cognoscitivas la que mayor puntaje obtuvieron con una coincidencia de igual valores (89,9%) respectivamente, seguido de barras organizacionales (58,7), puntuó un nivel medio de los evaluados.

Prueba de normalidad de datos

Tabla 8

Niveles de las dimensiones de barreras de notificación de sucesos adversos en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Significado
	Estadístico	gl	Sig.	
Cultura de seguridad del paciente	0,399	109	0,000	Datos no normales
Comunicación	0,376	109	0,000	Datos no normales
Trasferencias y transiciones	0,385	109	0,000	Datos no normales
Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente	0,395	109	0,000	Datos no normales
Dotación de personal	0,390	109	0,000	Datos no normales
Barreras de notificación de eventos adversos	0,441	109	0,000	Datos no normales
Barreras organizacionales	0,385	109	0,000	Datos no normales
Barreras actitudinales	0,527	109	0,000	Datos no normales
Barreras cognoscitivas	0,530	109	0,000	Datos no normales

a. Corrección de significación de Lilliefors

Interpretación: La tabla 6, se evidencia que el análisis inferencial del Coeficiente Kolgomorov Smirnov, se encontró un p-valor= 0.000 para la variable cultura de seguridad del paciente y barreras de notificación de eventos adversos, esto significa que existe un contingente no normal por ello, se empleó para la comprobación de las hipótesis y las dimensiones el estadígrafo no paramétrico de coeficiente de correlación de rangos de Spearman.

Objetivo General

Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos en distrito de salud El Empalme 2022.

Tabla 9

Coeficiente de correlación de Spearman entre la cultura de seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos

Variables	Barreras de notificación de eventos adversos			
	Correlación Rho Spearman	Sig. (bilateral)	d	N
<i>Cultura de seguridad del paciente</i>	,751**	,000	Grande	109

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01

Hipótesis General

Hi: La cultura de seguridad del paciente depende de manera significativa a barreras de notificación de sucesos adversos a profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.

Ho: La cultura de seguridad del paciente no se relaciona manera significativa con las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales sanitarios del Distrito de Salud El Empalme 2022.

Interpretación: En la tabla 9, se encontró en el análisis inferencial de correlación de rho Spearman entre la cultura de seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos, se encontró un coeficiente de correlación ($\rho=0,751$ $p=0,000$), siendo una relación alta, positiva, con un tamaño de efecto grande entre las variables evaluadas, por ello, se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la nula.

Objetivo específico 1

Determinar la relación entre la comunicación y las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme 2022.

Tabla 10

Correlación entre la comunicación y las barreras de notificación de sucesos adversos

Barreras de notificación de eventos adversos				
Dimensión cultura de seguridad del paciente	Correlación Rho Spearman	Sig. (bilateral)	d	N
Comunicación	,622**	,000	Moderado	109

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01

Hipótesis específica 1:

Hi: La comunicación se relaciona manera significativa con las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme.

Ho: La comunicación no se relaciona manera significativa con las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme.

Interpretación: En la tabla 8, se encontró en el análisis inferencial de correlación de Spearman una relación moderada, positiva, estadísticamente significativa con un tamaño de efecto moderado entre la dimensión comunicación y barreras de notificación de eventos adversos ($\rho = 0,622$ $p = 0,000$), por ello, se acepta la hipótesis específica de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Objetivo específico 2

Determinar la relación entre las transferencias/transiciones y las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme 2022

Tabla 11

Correlación entre las transferencias/transiciones y las barreras de notificación de eventos adversos

Dimensión cultura de seguridad del paciente	Barreras de notificación de eventos adversos			
	Correlación Rho Spearman	Sig. (bilateral)	d	N
Transferencias/transiciones	,708**	,000	Alto	109

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01

Hipótesis específica 2:

Hi: Las transferencias/transiciones se relacionan manera significativa con las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme.

Ho: Las transferencias/transiciones no se relacionan manera significativa con las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme.

Interpretación: En la tabla 9, se encontró en el análisis inferencial de correlación de Spearman una relación alta, positiva, estadísticamente significativa con un tamaño de efecto alto entre la dimensión transferencias/transiciones y barreras de notificación de eventos adversos ($\rho = 0,708$ $p = 0,000$), por ello, se acepta la hipótesis específica de investigación y se rechaza la hipótesis nula.

Objetivo específico 3

Determinar la relación entre el apoyo de la dirección a la seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme 2022.

Tabla 12

Correlación entre el apoyo de la dirección a la seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos

Barreras de notificación de eventos adversos				
Dimensión cultura de seguridad del paciente	Correlación Rho Spearman	Sig. (bilateral)	d	N
Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente	,716**	,000	Alto	109

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01

Hipótesis específica 3:

Hi: El apoyo de la dirección a la seguridad del paciente se relacionan manera significativa con las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme.

Ho: El apoyo de la dirección a la seguridad del paciente no se relacionan manera significativa con las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme.

Interpretación: En la tabla 10, se halló en el análisis inferencial una relación alta, positiva, estadísticamente significativa con un tamaño de efecto alto entre la dimensión apoyo de la dirección a la seguridad del paciente y barreras de notificación de eventos adversos ($\rho= 0,716$ $p=0,000$), por ello, se admite la hipótesis específica de investigación y se impugna la hipótesis nula.

Objetivo específico 4

Determinar la relación entre la dotación del personal y las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito de Salud El Empalme 2022.

Tabla 13

Correlación entre la dotación del personal y las barreras de notificación de eventos adversos

Dimensión cultura de seguridad del paciente	Barreras de notificación de eventos adversos			
	Correlación Rho Spearman	Sig. (bilateral)	d	N
Dotación del personal	,703**	,000	Alto	109

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01

Hipótesis específica 4:

Hi: La dotación del personal se relaciona de manera significativa con las barreras de notificación de eventos adversos en Distrito Salud El Empalme.

Ho: La dotación del personal no se relaciona de manera significativa con las barreras de notificación de sucesos adversos en Distrito de Salud El Empalme.

Interpretación: En la tabla 11, se acertó en el análisis inferencial de correlación de Spearman una relación alta, positiva, estadísticamente significativa con un tamaño de efecto alto entre la dimensión dotación del personal y barreras de notificación de eventos adversos ($\rho = 0,703$ $p = 0,000$), por ello, se admite la hipótesis específica de investigación y se impugna la hipótesis nula.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación estuvo orientada en Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos en distrito de salud El Empalme 202; su conceptualización está enfocada en evaluar las percepciones de los profesionales vinculándolas con los resultados asistenciales, detectar áreas de mejora específicas para reducir los daños vinculados a la atención de salud hasta lo mínimo admisible, también desarrollar una mejor gestión en seguridad, minimizar accidentes y garantizar un entorno seguro contribuyendo así al análisis y discusión del problema planteado.

Al respecto, los averiguaciones reflejaron que coexiste una correlación positiva alta entre las variables estudiadas, encontrando un p -valor $< 0,01$, por lo consiguiente, se rechaza la hipótesis nula, esto se traduce a que cuando la cultura de seguridad del paciente es eficiente, las barreras de notificación de sucesos adversos se reducen o eliminan, las situaciones adversas disminuyen al promover prácticas seguras y mantener un entorno favorable generando un cambio cultural en el abordaje del error, esto permite identificarlo, analizar sus causas y realizar acciones que eviten su recurrencia.

Los resultados sobre la cultura de seguridad del paciente, evidencian una predominancia del nivel medio (61,5%) debido una calificación media en sus dimensiones donde se evidenció mayor debilidad en: apoyo de la dirección a la seguridad del paciente, dotación del personal, transferencias y transiciones, comunicación. Referente a las barreras de notificación de eventos adversos, se evidencio una predominancia del nivel alto (69.7%), debido a una calificación alta en sus dimensiones donde se evidenciaron falencias en las dimensiones: barreras actitudinales y barreras cognoscitivas obtuvieron mayores puntajes con una coincidencia de igual valores respectivamente, seguido de barreras organizacionales media.

Estos resultados coinciden con Gómez (2021) dicho estudio determina que la cultura de seguridad del paciente está asociada a limitaciones para reportar eventos adversos de manera positiva en enfermeros. Igualmente, Camacho (2018) comprobó que esta variable en instituciones sanitarias es deficiente, por lo tanto, es necesario establecer procedimientos eficaces. Su comprensión, dominio y aplicación adecuada son indicativas de mejora continua en prácticas médicas (Gavilanes, et al., 2021).

Según Rojas (2022) un alto porcentaje de profesionales sanitarios jamás reportan situaciones o incidentes que amenacen la seguridad del paciente debido a varios factores: no saber cómo completar el formato para el reporte de eventos adversos, desconfianza o temor en la confidencialidad del procedimiento de notificación y temor a las consecuencias o sanciones legales. Ramírez & González (2017) encontraron que casi un tercio de las enfermeras no han informado un solo evento adverso en los últimos años. Además, más del 50% informó que el clima de seguridad del paciente era regular.

La OPS (2020) afirma que garantizar una atención segura del usuario es primordial en cualquier sistema sanitario, sin embargo, han demostrado ser incapaces de hacer frente a las circunstancias que conducen a este tipo de eventos adversos. En Seguridad del paciente la teoría del error señala que las personas cometen errores, aunque los eviten intencionalmente, por lo tanto, es necesario rediseñar los procesos para reconocer o eliminar esos riesgos, utilizando estrategias para detectarlos y prevenirlos. Además, establece que los errores son circunstancias para que la atención médica mejore las organizaciones médicas están compuestas por un sistema complejo involucrando múltiples procesos. (Shams, 2017).

En este contexto los resultados obtenidos del estudio evidencian que los errores médicos son acontecimientos adversos que pueden evitarse, sin embargo, causan alteraciones en la salud del paciente e inclusive pueden ser

fatales. Entre las situaciones que los favorecen se pueden mencionar circunstancias psicológicas, comportamiento del personal sanitario, y relacionadas con los directivos hospitalarios.

Igualmente, la teoría de restricciones en la gestión de seguridad del paciente posibilita a los establecimientos de salud mejorar el estudio de los eventos adversos mediante procesos cognitivos, ya que la práctica no se basa en mejorar los óptimos locales o hilos, sino en determinar las restricciones reales. El sistema permite un análisis más profundo para revelar los conflictos y limitaciones fundamentales (León, 2012).

Un resultado visible al aplicar esta teoría fue poder identificar las causas reales de la restricción del sistema asistencial, como problema principal se observó que las políticas institucionales no están vinculadas con los procesos sanitarios ejecutados por el personal debido a la insuficiente cantidad de colaboradores, persistencia de multitareas e infraestructura inadecuada del hospital influyendo negativamente en la atención médica.

En cuanto a las teorías de comunicación de eventos adversos, Moreno y Parra (2017) enfatizan la teoría de la incertidumbre (teoría del rango medio) como base del servicio de la atención paciente, planteado por Merle Mishel, promoviendo su notificación para el bienestar del paciente como objeto de cuidado humano. Estas teorías ofrecen a los profesionales oportunidades ilimitadas para diseñar intervenciones destinadas a reducir el estrés por enfermedad centrándose en dimensiones específicas del individuo, dándoles un carácter humanista.

Respecto a la comunicación los resultados reflejaron un nivel medio sobre los riesgos en el cuidado del paciente, deliberar decisiones de sus jefes y comunicaciones de los profesionales de salud. Por lo tanto, debe establecerse un entorno sanitario seguro, centrado en el usuario, fomentar una comunicación

abierta, empática, fluida y constante garantizando el respeto de sus derechos fundamentales, lograr su bienestar, recuperación y satisfacción.

Respecto al primer objetivo específico, determinar la relación entre la comunicación y las barreras de notificación de eventos adversos se encontró que existe una correlación moderada positiva. Existe poca libertad para dialogar sobre los riesgos al cuidar del paciente o cuestionar decisiones directivas e interacciones inadecuadas entre los profesionales. Además, las barreras actitudinales se deben a que no existen una cultura en el reporte de eventos adversos, mientras las cognoscitivas porque les falta conocimientos sobre estos, y organizacionales por temor a sanciones administrativas, acceso al sistema de reporte, pocos estímulos, sumado a la poca organización para reportarlos.

Estos resultados coinciden con Rojas (2022) quien determinó que un gran número de especialistas no reportan situaciones que afectan la seguridad del paciente. Las causas están relacionadas con varios factores: como no manejar los formatos de notificación de eventos adversos, miedo a los obstáculos legales o sanciones disciplinarias que pueden conllevar su notificación. Desde esta perspectiva el profesional sanitario debe tener apertura para comunicar libremente si observa algo que puede afectar negativamente al paciente, no dudar en cuestionar a quienes tienen más autoridad, y hacer preguntas cuando una situación no parece estar bien (AHRQ, 2019).

En este sentido, Pérez, Rodríguez y Recio (2016) la cultura de seguridad del paciente puede entenderse como una situación dinámica propia de cada trabajador sanitario y establecimiento; requiere amplios conocimientos médicos, epidemiológicos, habilidades de comunicación y una actitud humanitaria. Desde este punto de vista conceptual para construir una cultura de seguridad, el personal sanitario debe gestionar los riesgos, desarrollar estrategias comunicativas efectivas al interactuar con sus compañeros, superiores, paciente y familiares, además se identifiquen, notifiquen y resuelvan las

situaciones adversas; disminuir la ocurrencia de incidentes, promueva el aprendizaje organizacional proporcionando recursos o equipos necesarios y estableciendo responsabilidades para mantener la seguridad.

Respecto al segundo objetivo específico Determinar la relación entre las transferencias/transiciones y las barreras de notificación de eventos adversos se demostró que hay una correlación alta. Durante los traslados de un área a otra u otro centro hospitalario se pierde información valiosa sobre la atención brindada, tratamiento aplicado e identificación del usuario, ya sea por omisión o perdida, esta situación afecta la seguridad de la información. Igualmente existen inconvenientes en los cambios turnos porque, no hay tiempo suficiente para intercambiar datos claves sobre el cuidado del paciente, además los equipos médicos no trabajan coordinadamente para brindar una atención efectiva a los pacientes.

Estos resultados coinciden con Penha & Da Silva (2017) quienes afirman que el cuidado del paciente es comprometido cuando al transferirlo de una unidad a otra, es común perder información importante durante los cambios de guardia o turno, frecuentemente ocurren problemas cuando se intercambia dicha información entre las unidades del hospital, tampoco están bien coordinadas entre sí. Igualmente, Ramírez & González (2017) determinaron que cuando son realizados los cambios de turno/transición entre servicios existe incertidumbre cuando es transferido un paciente, se pierde información, ocurren problemas durante su intercambio y entre los diferentes departamentos hay poca coordinación.

La información del paciente se pierde cuando los pacientes se mueven de un establecimiento a otro; la información importante sobre el cuidado del paciente a menudo se pierde durante los cambios de turnos (AHRQ, 2019). Un buen ambiente laboral, basado en implementar procesos de comunicación,

organización de sistemas informativos, facilita las actividades de reporte a los profesionales (Alvarado y Achury, 2016).

Estos estudios demuestran que la transferencia es un proceso crítico, informativo y dinámico vinculado a un aumento de posibles errores sobre la seguridad del paciente. En este sentido debe traspasarse la información clínica importante, y la responsabilidad sobre su atención, recaer de un profesional sanitario a otro, garantizando así la continuidad de cuidados asistenciales con la máxima seguridad y calidad, implementando sistemas estandarizados.

Respecto al tercer objetivo específico Determinar la relación entre el apoyo de la dirección a la seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos se evidenció que existe una correlación alta. Debido al escaso apoyo en seguridad del paciente, siendo necesario que el supervisor acepte sugerencias, ejecute acciones correctivas y promueva la seguridad. Igualmente, estas barreras se incrementan porque el personal tiene temor a sanciones administrativas, limitada accesibilidad al sistema de reporte, escasa estimulación, mala organización, conocimientos insuficientes, tampoco existe una cultura para reportar eventos adversos.

Coincidiendo con De Lima et. al. (2019) determinaron que los incidentes son ocasionados por circunstancias humanas pueden minimizarse mejorando la seguridad en atención. El error humano fue un factor que contribuyó a la ocurrencia de eventos adversos, indicaron distracción, descuido, omisión, descuido al paciente, errores de medicación, faltas en imprenta o recetas. Da Penha y Da Silva (2017) determinaron necesario que los directores y líderes participen y tomen medidas específicas para aumentar la conciencia priorizando las pruebas de seguridad del paciente en los entornos hospitalarios.

Los enfoques para abordar las barreras a reportar eventos adversos deben ser internamente fáciles de usar, entender y aplicar, y ampliamente conocidos

dentro de las estructuras sanitarias (Rojas, 2022). Los resultados investigativos indican que la responsabilidad para disminuir los riesgos durante la atención hospitalaria no es únicamente de los profesionales sanitarios, también depende de las autoridades sanitarias y quienes gestionan los procesos asistenciales, mediante su participación activa deben conformar una cultura sólida en seguridad del paciente.

Respecto al cuarto objetivo específico Determinar la relación entre la dotación del personal y las barreras de notificación de eventos adversos se evidenció que existe una correlación alta. Cabe resaltar que hay insuficientes profesionales sanitarios y falta priorizar la seguridad del paciente. Por lo tanto, es necesario controlar los factores que afectan negativamente la atención médica entre ellos: rutina, estrés, fatiga, sobrecarga laboral, inadecuada comunicación, pocos conocimientos o experiencia, errores durante la administración de medicamentos, estándares poco precisos, guías y protocolos.

Estos resultados coinciden con Parra, Ramírez, y Rincón (2021) en sus resultados muestra la percepción del personal sobre conocimientos sobre eventos adversos; conocen su definición; lo identifican correctamente mediante varios ejemplos presentados; opinan que deben ser reportados, enriqueciendo la calidad de atención; son negativos por parte de compañeros o superiores; no existe una cultura punitiva; la jornada laboral permiten reportar e identificarlos; su notificación no genera registro alguno en su hoja de vida; han recibido capacitación sobre este tema y medios de reporte. Igualmente, Quispe (2020) determino una relación entre actitudes y conocimientos sobre eventos adversos, y la cultura de seguridad del paciente del profesional sanitario, ya que, al tener mayor conocimiento, se obtendrá una mejor actitud.

Un evento adverso es un daño provocado por la atención médica originado en una hospitalización prolongada, discapacidad o fallecimiento (Zárate et al, 2018). En la cultura de seguridad, influyen las actitudes y comportamientos de

sus miembros, estas se utilizan para evaluar los rasgos conductuales o psicológicos que conllevan a evitar accidentes (Tear et al., 2020). Las barreras relacionadas a los reportes de eventos e incidentes limitan su registro, vinculándolos a las interacciones entre los profesionales sanitarios y medio ambiente (Bañeres et al., 2014).

Desde esta perspectiva conocer y reportar los eventos adversos es clave para corregirlos garantizando la seguridad al atender los usuarios. Es fundamental establecer estrategias donde el personal pueda detectarlos, evaluar e identificar su impacto sin buscar culpables, contribuyendo al intercambio de información, participando en actividades y proyectos colaborativos para mejorar continuamente la calidad asistencial y seguridad del paciente dentro del sistema sanitario.

Referente a las limitaciones encontradas en el desarrollo investigativo, se trabajó con todos los profesionales no se delimitó por especialidades tampoco a un departamento concreto, abarcando toda la población del Distrito de Salud El Empalme, evidenciándose que la cultura de seguridad del paciente es media, sin embargo, las barreras para notificar eventos adversos son altas.

Respecto a las fortalezas, los resultados tienen implicancia práctica, para definir mejoras continuas garantizando una atención segura, evaluar regularmente la efectividad del sistema de notificación implementado, facilitar al personal operativo y supervisores desarrollar lineamientos en materia de seguridad debido a que su estímulo es clave para fomentar unas condiciones laborales que potencien la seguridad del paciente. Igualmente permite cambiar un enfoque individualista por el análisis colectivo de los incidentes, destacando los factores organizacionales más que los particulares, y promoviendo estrategias no punitivas.

VI. CONCLUSIONES

Los hallazgos reflejaron que existe una correlación positiva alta entre cultura de seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos en distrito de salud El Empalme 2022, es decir cuando la seguridad del paciente es eficiente, dichas barreras de notificación de eventos adversos se reducen o eliminan.

Respecto al primer objetivo específico, se determinó una correlación moderada entre la comunicación y las barreras de notificación de eventos adversos. Existe poca autonomía para hablar sobre los riesgos al cuidar el paciente o cuestionar decisiones directivas e interacciones inadecuadas entre los profesionales.

Referente al segundo objetivo específico, se comprobó una correlación alta significativa entre las transferencias/transiciones y barreras de notificación de eventos adversos. La información del paciente se pierde cuando los pacientes se mueven de un establecimiento a otro; la información importante sobre el cuidado del paciente a menudo se pierde durante los cambios de turnos.

En relación al tercer objetivo específico se evidenció que existe una correlación alta entre el apoyo de la dirección a la seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos. Debido al escaso apoyo a la seguridad del paciente, también es necesario que el supervisor acepte sugerencias y ejecute acciones correctivas.

Respecto al cuarto objetivo específico se reflejó que existe una correlación alta entre la dotación del personal y las barreras de notificación de eventos adversos. Cabe resaltar que hay insuficientes profesionales sanitarios y falta priorizar la seguridad del paciente.

VII. RECOMENDACIONES

1. A la máxima autoridad del distrito de salud El Empalme, mejorar la seguridad del paciente en los diversos servicios implementando metodologías para gestionar los riesgos integralmente, reportar oportunamente los eventos adversos, y minimizar las barreras que impiden su notificación.
2. A los profesionales sanitarios, aplicar adecuadamente los protocolos sobre qué hacer o cómo deben informar a sus superiores y pacientes tras ocurrir un evento adverso.
3. Al personal durante las transferencias/transiciones realizar acciones coordinadas, soporte, y evaluación justa, buscando satisfacer las expectativas del paciente.
4. A los supervisores apoyar la seguridad del paciente, desarrollar habilidades de manejo de crisis, motivar a los colaboradores, y aplicar medidas efectivas para evitar que el evento adverso vuelva a suceder.
5. A la institución contratar más personal con la finalidad de cubrir las necesidades asistenciales, prestar una atención eficaz y priorizar la seguridad del paciente.

REFERENCIAS

- Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria. (2018). https://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/03/IE-B.5.1.8-MG-01_NOTI_EAM_EST_-SALUD_V1.pdf
- Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica. (2019). www.ahrq.gov. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Alvarado, H., & Achury, D. (2016). Prevención de los eventos adversos en las unidades de cuidado intensivo pediátricas. *Revista Salud Uninorte*, XXXII(1), 144-152. doi:<http://dx.doi.org/10.14482/sun.32.1.8519>
- Arias, J., & Gómez, R. (2017). La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. *CES Medicina*, XXXI(2), 179-190. doi:<http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.31.2.7>.
- Bañeres, J., Cavero, Elisa, López, L., Orrego, Carola, & Suñol, R. (2014). www.sanidad.gob.es. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp3.pdf
- Bovis, J. (2018). Obstáculos para que el personal notifique incidentes adversos en los hospitales del SNS. *Revista Future Healthcare*, V(2), 117-120.
- Burt, B. (2013). *Epidemiology Kept Simple: an introduction to traditional and modern epidemiology*. 3era Edición. San José: Willey-BlackWell.
- Camacho, D. (2018). Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. *Hacia la Promoción de la Salud*, XXV(1), 141-153. doi:<https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.10>
- Da Penha, M., & Da Silva, O. (2017). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario. *Enfermería Global*, XVI(1), 309-324. doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.16.1.238811>.
- De Lima, A., Antunes, F., De Oliveira, G., Nóbrega, E., Cortez, B., & Medeiros, R. (2019). Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado. *Enfermería Global*, XVIII(3), 1-10. doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325571>.
- Escandell, F., Perpiñá, J., Pérez, L., Sanjuán, Á., Gómez, P., & Ramos, J. (2021). Percepciones de Enfermeros sobre la Implementación de un Protocolo de Administración Segura de Medicamentos y su Efecto en la Notificación de Errores. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, XVIII(7), 3718. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph18073718>

- Escobar, L., & Correa, P. (2021).
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/4174/Monografia%20Final%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gavilanes, M., Aucatoma, K., Moreno, F., & Rivas, A. (2021). La cultura de seguridad del paciente como estrategia para evitar errores médicos. *Revista Universitaria con proyección científica, académica y social*, V(3), 32-41. doi:<https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v5i3.1189.2021>
- Gómez, O., Soto, A., Arenas, A., Garzón, J., González, A., & Mateus, É. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. *Avances en Enfermería*, XXIX(2), 363-374.
<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v29n2/v29n2a15.pdf>
- Gómez, S. (2021). *repositorio.upeu.edu.pe*.
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/5258/Sandra_Tesis_Maestro_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2018). *METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION*. Mexico DF: McGRAW-HILL.
- León, Y. (2012). *repository.urosario.edu.co*.
doi:https://doi.org/10.48713/10336_4312
- Medical Office Survery on Patient Safety Culture. (2017). *www.msssi.gob.es*.
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidad/SNS/docs/MOSPS.pdf>
- Mora, Y., Bosi, T., Torres, J., & Espinosa, A. (2020). Sistemas de notificación de eventos adversos en unidades de cuidados intensivos para gestión de riesgo. *Revista Cubana de Enfermería*, XXXVI(3), 1-20.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2020/cnf203o.pdf>
- Moreno, D., & Parra, I. (2017). *intellectum.unisabana.edu.co*.
<https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/23009>
- Muntané, J. (2010). INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN BÁSICA. *Revisiones temáticas*, XXXIII(3), 221-227. https://www.researchgate.net/profile/Jordi-Muntane/publication/341343398_Introduccion_a_la_Investigacion_basica/links/5ebb9e7d92851c11a8650cf9/Introduccion-a-la-Investigacion-basica.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *iris.paho.org*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *www.who.int*.
https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *www.who.int*.
https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1
- Parra, J., Ramírez, S., & Rincón, E. (2021). *repositorio.iber.edu.co*.
doi:<https://repositorio.iber.edu.co/handle/001/1108>
- Pérez, J., Rodríguez, E., & Recio, F. (2016). Una Visión de la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales en México. *Revista CONAMED*, XXI(3), 109-119. file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-UnaVisionDeLaCulturaDeSeguridadDelPacienteEnHospit-7298940.pdf
- Quispe, A. (2020). *repositorio.uwiener.edu.pe*.
doi:<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4039>
- Ramírez, M., & González, A. (2017). Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enfermería Universitaria*, XIV(2), 1-13.
doi:10.1016/j.reu.2017.02.006
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, XXVIII(5), 785-795.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>
- Rodríguez, M., Sánchez, L., & Jiménez, L. (2017). Eventos adversos, centinela y cuasifallas en el Servicio de Pediatría de un hospital de tercer nivel. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, XXXVII(2), 56-64. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2017/ei172e.pdf>
- Rojas, R. (2022). *repositorio.puce.edu.ec*.
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/20128/6%20TESIS%20ROJAS%20RAMIRO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rosas, L., & Zárate, R. (2017). Validación del instrumento "Factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de salud". *Revista de Enfermería Instuto de Mexico*, XXV(3), 227-232.
https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2017/eim173j.pdf?fbclid=IwAR1qPo53CXMfb4eq-mWKQz_8qTDhkBTasiu6xelhgy7ml-xkoaMuxnWwlJw
- Shams, S. (2017). Causas de los errores de medicación en el ámbito hospitalario. *Revista del director de enfermería*, VII(1), 34-39.
- Tamayo, G. (2001). *dialnet.unirioja.es*. file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-DisenosMuestralesEnLaInvestigacion-5262273.pdf
- Tartaglia, C., Guerra, S., & Sousa, P. (2018). La cultura de seguridad del paciente: una revisión sistemática de las características de la Encuesta Hospitalaria sobre las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente. *Revista Internacional para la Calidad de la Atención Sanitaria*, III(9), 660-677.

- Tear, M., Reader, T., Shorrocks, S., & Kirwan, B. (2020). Cultura de seguridad y poder: interacciones entre las percepciones de la cultura de seguridad, la jerarquía organizacional y la cultura nacional. *Ciencias de la seguridad*, CXXI, 550-561. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2018.10.014>
- Useche, M., Artigas, W., Queipo, B., & Perozo, É. (2019). *Técnicas e instrumentos de recolección de datos cuali-cuantitativos*. 1era Edición. Guajira, Colombia: Editorial Gente Nueva.
<https://repositoryinst.uniguajira.edu.co/handle/uniguajira/467>
- Viana de Lima, A., Antunes, F., Oliveira, G., Nóbrega, T., Cortez, B., & Medeiros, R. (2019). Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado. *Enfermeía Global*, XVIII(3), 314-323. doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325571>
- Zárate, R., Olvera, S., Hernández, A., Hernández, S., Sánchez, S., Valdés, R., Zapién, M. (2018). Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos. Proyecto Multicéntrico. *Enfermería Universitaria*, XII(2), 63-72. doi:<https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.03.003>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de Operacionalización de las variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Cultura de seguridad del paciente	La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (2019) define la cultura de seguridad del paciente como el comportamiento que se tienen dentro del servicio de salud para evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado del proceso de prestar atención médica.	La evaluación de la variable cultura de la seguridad del paciente será empleando una encuesta que evaluará la cultura de seguridad del paciente donde se incluyen dimensiones como comunicación y la frecuencia de eventos adversos reportados.	Apertura en la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Libertad para hablar de los riesgos en el cuidado del paciente. • Cuestionar decisiones de los jefes. • Comunicación entre los profesionales de salud. 	Ordinal (Muy en desacuerdo, En Desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de Acuerdo)
			Transferencias y transiciones	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad de la información del cuidado de los pacientes. • Inconvenientes en el cambio de turnos. 	Ordinal (Muy en desacuerdo, En Desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de Acuerdo)

			Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Comentarios favorables por el cumplimiento de los procedimientos de seguridad del paciente. • Aceptación por el supervisor de sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente. • Promoción la seguridad de los pacientes. 	Ordinal (Muy en desacuerdo, En Desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de Acuerdo)
			Dotación de personal:	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de profesionales suficientes. • Prioridad para efectuar la seguridad del paciente. 	Ordinal (Muy en desacuerdo, En Desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de Acuerdo)
Barreras en la notificación de eventos adversos	Son las barreras asociadas a la notificación de incidentes y eventos adversos, están vinculadas a los determinantes que se manifiestan en el proceso de interacción del personal	Es la existencia de barreras organizativas, actitudinales y cognitivas que se asocian al reporte de eventos	Barreras Organizacionales	<ul style="list-style-type: none"> • Sanciones administrativas y legales. • Sistema de reporte poco accesible. 	Ordinal (Muy en desacuerdo, En Desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de Acuerdo)

	de salud y el contexto, que limitan el registro de incidentes y eventos adversos (Bañeres, et. al., 2014).	adversos en establecimiento del Distrito de Salud El Empalme.	Barreras actitudinales	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a la censura. • Perdida a la dignidad profesional. • Falta de cultura en el reporte. 	Ordinal (Muy en desacuerdo, En Desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de Acuerdo)
			Barreras cognoscitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente conocimiento en el tema. • Insuficiente conocimiento el proceso del reporte. 	Ordinal (Muy en desacuerdo, En Desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de Acuerdo)

Anexo 2. Matriz de ítems

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de respuesta
Cultura de seguridad del paciente	La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (2019) define la cultura de seguridad del paciente como el comportamiento que se tienen dentro del servicio de salud para evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado del proceso de prestar atención médica.	Apertura en la comunicación: Medida en que el personal habla libremente si ve algo que puede afectar negativamente a un paciente y no dude en cuestionar a quienes tienen más autoridad (Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, 2019).	<ul style="list-style-type: none"> • Libertad para hablar de los riesgos en el cuidado del paciente. • Cuestionar decisiones de los jefes • Comunicación entre los profesionales de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • En esta unidad, el personal comunica si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. • Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice. • Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente. • En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. 	ORDINAL Nunca. Rara vez. Algunas veces La mayoría del tiempo. Siempre. No aplica o no sabe.
		Transferencias y transiciones: Es cuando la información importante sobre la atención del paciente se transfiere entre las unidades del hospital y durante los cambios de turno (Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, 2019).	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad de la información del cuidado de los pacientes. • Inconvenientes en el cambio de turnos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante • Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente. • Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente. 	ORDINAL Muy en desacuerdo. En Desacuerdo. Ni de acuerdo ni en desacuerdo. De acuerdo. Muy de Acuerdo.

					No aplica o no sabe.
		<p>Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente: Situación que se da cuando La gerencia del hospital proporciona un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente y demuestra que la seguridad del paciente es una prioridad máxima (Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, 2019).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comentarios favorables por el cumplimiento de los procedimientos de seguridad del paciente. • Aceptación por el supervisor de sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente. • Promoción la seguridad de los pacientes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mi director o jefe inmediato considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente. • Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente. • El director (a) o jefe inmediato toma acciones para promover la seguridad de los pacientes. 	<p>ORDINAL</p> <p>Muy en desacuerdo.</p> <p>En Desacuerdo.</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo.</p> <p>De acuerdo.</p> <p>Muy de Acuerdo.</p> <p>No aplica o no sabe.</p>
		<p>Dotación de personal: Se refiere que existe suficiente personal para manejar la carga de trabajo y las horas de trabajo son adecuadas para brindar la mejor atención a los pacientes (Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, 2019).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia de profesionales suficientes. • Prioridad para efectuar la seguridad del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo. • El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es para precautelar el cuidado del paciente. • Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente. • El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que 	<p>ORDINAL</p> <p>Muy en desacuerdo.</p> <p>En Desacuerdo.</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo.</p> <p>De acuerdo.</p> <p>Muy de Acuerdo.</p> <p>No aplica o no sabe.</p>

				impacta negativamente en la seguridad del paciente.	
Barreras en notificación de eventos adversos	Son las barreras asociadas a la notificación de incidentes y eventos adversos, están vinculadas a los determinantes que se manifiestan en el proceso de interacción del personal de salud y el contexto, que limitan el registro de incidentes y eventos adversos (Bañeres, et. al., 2014).	Barreras Organizacionales: Son todas limitantes o restricciones de las prácticas organizacionales que impiden un aprendizaje significativo para cumplir con la notificación de eventos adversos (Bañeres, et. al., 2014).	<ul style="list-style-type: none"> • Sanciones administrativas y legales. • Sistema de reporte poco accesible. 	<ul style="list-style-type: none"> • Al informar un evento adverso permite a los demás supervisarme. • Los procedimientos en este establecimiento son claros sobre la forma de reportar los eventos adversos. 	<p>ORDINAL</p> <p>Muy en desacuerdo.</p> <p>En Desacuerdo.</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo.</p> <p>De acuerdo.</p> <p>Muy de Acuerdo.</p>
		Barreras actitudinales: Se entiende que las barreras actitudinales permiten “saber” cómo actuar, los aspectos actitudinales de las personas son determinantes a la hora de seleccionar a un determinado profesional, porque no solo es importante su nivel intelectual sino también actitudinal, que nos dice si realmente están preparados para desempeñar dicha actividad (Bañeres, et. al., 2014).	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a la censura. • Perdida a la dignidad profesional. • Falta de cultura en el reporte. 	<ul style="list-style-type: none"> • El reportar o no un evento adverso depende de cuántas personas son conscientes de que el error se ha producido. • No es mi responsabilidad reportar los eventos adversos relacionados con mis colegas. • Siempre y cuando los que me rodean aprendan de los eventos adversos, no hay necesidad de reportarlos. • Se puede afectar la carrera del personal que reporta los eventos adversos. • No estoy haciendo mi trabajo correctamente a menos que reporte los eventos adversos que se presenten. 	<p>ORDINAL</p> <p>Muy en desacuerdo.</p> <p>En Desacuerdo.</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo.</p> <p>De acuerdo.</p> <p>Muy de Acuerdo.</p>

				<ul style="list-style-type: none"> • Mis colegas esperan que yo reporte un evento adverso cuando este se presenta. • Reportar los eventos adversos me crea problemas. 	
		<p>Barreras cognoscitivas: Las barreras cognoscitivas pertenecen o están relacionado al conocimiento a su vez, es el cúmulo de información que se dispone gracias a un proceso de aprendizaje o a la experiencia; en otras palabras, se refieren al insuficiente conocimiento en el tema y el proceso del reporte (Bañeres, et. al., 2014).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente conocimiento en el tema. • Insuficiente conocimiento el proceso del reporte. 	<ul style="list-style-type: none"> • El reporte de eventos adversos ayuda a identificar al personal que necesita capacitación adicional. • Reportar los eventos adversos protege al paciente. • Al escribir en la historia clínica de un paciente sobre un evento adverso que ha sucedido, es tan bueno como realizar el reporte del mismo. 	<p>ORDINAL</p> <p>Muy en desacuerdo.</p> <p>En Desacuerdo.</p> <p>Ni de acuerdo ni en desacuerdo.</p> <p>De acuerdo.</p> <p>Muy de Acuerdo.</p>

Anexo 3. Autorización Institucional



El Empalme 14 de noviembre del 2022

Sr. BRYAN MARCELO VILLACIS TARIRA
Estudiante de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud
Universidad César Vallejo

De mi consideración;

En relación a su solicitud para la aplicación del proyecto de investigación en la institución que presido (cuatro establecimientos de salud) del tema de tesis: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y BARRERAS EN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN DISTRITO DE SALUD EL EMPALME, 2022", tengo a bien notificarle la autorización para emplear su proyecto de tesis en nuestra institución.

Atentamente;

A QR code is positioned to the left of a digital signature. The signature text reads: "Firmado digitalmente por: MARITZA ALEXANDRA LOMAS DURAN".

Dra. Maritza Lomas Duran
Directora Distrital
Distrito de Salud 09D15 El Empalme

Ministerio de Salud Pública

Dirección: Vía Manabí, calle Humberto Rodríguez (junto al ex colegio Henry Ford) Código postal: 091503



Anexo 4. Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario sobre cultura de seguridad de los pacientes en los hospitales (Versión 2.0) de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica.

Tema: Cultura de seguridad del paciente y barreras en la notificación de eventos adversos en distrito de salud el empalme 2022.

Instrucciones:

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, y le llevará entre 10 y 15 minutos completarlo.

Marque con una X el establecimiento del Distrito de Salud El Empalme donde usted labora

Hospital Básico El Empalme	
Centro de Salud El Empalme	
Centro de Salud La Guayas	
Centro de Salud El Limón	

Señale con una X su cargo en el establecimiento de salud

Médico General	
Enfermero (a)	
Obstetra	
Ginecólogo (a)	
Pediatra	
Cirujano	
Odontólogo (a)	
Tecnólogo (a) en Anestesia	
Farmacéutico (a)	
Otro (Especifique):	

Marque con una X la respuesta que considere acertada con su punto de vista, según las siguientes alternativas:

1	2	3	4	5				
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo				
Dimensión	INDICADORES	Nº	ÍTEMS	1	2	3	4	5
	Libertad para hablar de los riesgos en el	1	En esta unidad, cuando el personal ve en sus compañeros algo que podría					

D1: Comunicación	cuidado del paciente.		afectar negativamente el cuidado del paciente, lo debe comunicar.					
	Cuestionar decisiones de los jefes	2	Cuando el personal ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, debe decirlo.					
	Comunicación entre los profesionales de salud.	3	Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad deberían escuchar estas preocupaciones sobre la seguridad del paciente.					
		4	El personal de la unidad no debe temer de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.					
D2: Traslados y transiciones	Seguridad de la información del cuidado de los pacientes.	5	Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante					
		6	Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente					
	Inconvenientes en el cambio de turnos.	7	Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente					
		8	Los equipos médicos trabajan coordinadamente para brindar una atención efectiva a los pacientes					
D3: Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente	Aceptación por el supervisor de sugerencias	9	Mi director o jefe inmediato considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente					
	Acciones correctivas	10	Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente					
	Promoción de seguridad de los pacientes.	11	El director (a) o jefe inmediato toma acciones para promover la seguridad de los pacientes.					

		12	Se realizan actividades colaborativas dirigidas a mejorar la seguridad del paciente					
D4: Dotación de personal	Existencia de profesionales suficientes.	13	En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo					
	Prioridad para efectuar la seguridad del paciente.	14	El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es para precautelar el cuidado del paciente.					
		15	Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente.					
		16	El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente					

Sus comentarios

Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre cómo se hace o podría hacer el trabajo en su establecimiento de salud que podría influir en la seguridad del paciente.

Gracias por completar este cuestionario

CUESTIONARIO BARRERAS DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Marque con una X la respuesta que considere acertada con su punto de vista, según las siguientes alternativas:

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

DIMENSIONES	INDICADORES	N°	ÍTEMS	1	2	3	4	5
Barreras organizacionales	Temor a sanciones administrativas	1	Considero que, al informar un evento adverso, permito a los demás supervisarme.					
	Accesibilidad al sistema de reporte	2	Los procedimientos en este establecimiento son claros sobre la forma de reportar los eventos adversos.					
		3	Se me permite reportar los eventos adversos.					
	Estimulación para reportar eventos adversos	4	El estímulo verbal o escrito al personal de salud por parte de los directivos, me anima a reportar los eventos adversos.					
	Organización para reportar eventos adversos	4	Tener un departamento responsable del monitoreo de eventos adversos en el establecimiento facilita al personal reportar la presencia de un evento adverso.					
Barreras actitudinales	Cultura en el reporte de eventos adversos	6	Reportar un evento adverso depende de cuántas personas son conscientes de que el error se ha producido.					
		7	Es mi responsabilidad reportar los eventos adversos relacionados con mis colegas.					
		8	Estoy haciendo mi trabajo correctamente a menos que reporte los eventos adversos que se presenten.					
		9	Reportar los eventos adversos me crea inconvenientes.					
		10	El informe de eventos adversos les permite a todos saber que he cometido un error.					
Barreras cognitivas	Nivel de conocimiento sobre eventos adversos	11	La carencia de reportes de eventos adversos ayuda a identificar al personal que necesita capacitación adicional.					

		12	Reportar los eventos adversos protege al paciente.					
		13	Solo se deben reportar los eventos adversos cuando algo se puede aprender de ellos.					
		14	El reporte de un evento adverso es un método que permite la identificación de una problemática para corregirla.					
		15	Los eventos adversos no se pueden prevenir, por lo que creería que no tiene ninguna finalidad reportarlos.					

Anexo 5. Confiabilidad de los instrumentos

Distribución de las respuestas dadas al cuestionario en la prueba piloto																	
Cultura de seguridad del paciente																	
Personal médico	D1: Comunicación				D2: Transferencias y transiciones				D3: Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente				D4: Dotación de personal				ΣSt2
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P11	P12	P13	P14	
1	3	3	4	4	3	4	4	4	4	5	5	4	5	4	4	4	64
2	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	5	4	4	4	4	62
3	4	3	4	4	3	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	66
4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5	4	5	69
5	4	4	3	3	4	3	3	3	5	5	5	5	4	4	4	4	63
6	4	4	3	3	4	3	3	3	4	4	4	5	4	4	4	4	60
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	65
8	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5	5	5	70
9	4	4	3	3	4	3	3	3	4	4	4	5	4	4	4	4	60
10	4	4	3	3	4	3	3	3	5	5	5	5	4	4	4	4	63
11	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	68
12	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	63
13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
14	4	4	3	3	4	3	4	3	5	5	5	5	4	4	4	4	64
15	4	4	4	4	4	4	3	4	5	5	4	4	4	4	4	4	65
16	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	5	3	3	3	3	3	51
17	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	5	3	3	3	3	3	52
18	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	3	3	3	3	3	51
19	3	3	3	3	3	3	3	5	5	5	4	4	4	5	3	5	61
20	4	3	4	4	4	3	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	65
21	4	4	3	3	5	3	4	3	5	5	5	5	4	4	4	4	65
22	5	4	5	4	5	5	3	5	5	5	4	4	5	4	5	5	73
23	4	4	3	5	4	3	3	4	5	4	5	5	4	5	4	5	67
24	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	66
25	3	3	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	5	3	3	3	57
26	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	4	5	64
27	3	4	3	4	4	3	4	3	3	3	4	3	4	4	4	4	57
28	4	4	4	4	4	4	4	4	5	3	5	5	5	5	4	4	68
29	3	4	4	4	4	4	3	5	4	3	4	5	5	4	4	4	64
30	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	4	5	4	3	4	3	56
31	3	3	4	4	3	4	4	4	5	5	4	4	5	3	3	3	61
32	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	4	5	4	5	68
33	4	4	3	3	4	3	4	3	5	4	4	5	4	3	4	4	61
Varianza de la Poblacion	0.26	0.23	0.30	0.28	0.29	0.31	0.23	0.44	0.53	0.61	0.25	0.43	0.37	0.42	0.23	0.45	26.51
ΣSi2	5.63																

Valor: 1= Muy en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4=De acuerdo y 5= Muy de acuerdo

$$r_{tt} = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right] \quad r_{tt} = \frac{18}{18-1} \left[1 - \frac{5.63}{26.51} \right] = 0,84$$

k	15
ΣSi2	5.63
ΣSt2	26.51

0.84 ALFA DE CRON

Donde:

r_{tt} : coeficiente de confiabilidad de la prueba o cuestionario.

k: número de ítems del instrumento.

st²: Varianza total del instrumento.

Σsi²: Sumatoria de las varianzas de los ítems.

Distribución de las respuestas dadas al cuestionario en la prueba piloto																
BARRERAS DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS																
Personal médico	D1: Barreras organizacionales					D2: Barreras actitudinales					D3: Barreras cognitivas					ΣSi2
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	
1	3	4	4	4	3	4	4	3	5	5	4	4	4	5	4	60
2	4	4	4	4	4	3	3	3	4	5	4	4	4	4	4	58
3	5	4	4	5	3	4	5	4	5	4	4	5	5	4	4	65
4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	63
5	3	4	3	3	4	3	3	4	5	5	4	4	4	4	4	57
6	4	3	3	3	4	3	3	3	4	5	4	4	4	4	4	55
7	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	4	57
8	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	5	66
9	4	4	3	3	4	3	4	4	4	5	4	4	4	4	4	58
10	4	4	3	3	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	61
11	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	63
12	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	57
13	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5	4	4	64
14	4	4	3	3	4	4	5	4	5	5	5	4	4	4	4	62
15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	62
16	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	5	3	4	3	4	56
17	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	68
18	4	4	2	3	4	3	3	5	5	4	4	4	5	4	2	56
19	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	72
20	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	72
21	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	62
22	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	5	3	4	3	4	56
23	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	68
24	4	4	2	3	4	3	3	5	5	4	4	4	5	4	2	56
25	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	72
26	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	62
27	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	5	3	4	3	4	56
28	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	68
29	4	4	2	3	4	3	3	5	5	4	4	4	5	4	2	56
30	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	72
31	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	5	3	4	3	4	56
32	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	68
33	2	3	4	4	3	4	3	3	2	3	2	3	4	2	2	44
Varianza de la Población	0.49	0.33	0.61	0.24	0.35	0.33	0.39	0.47	0.43	0.31	0.43	0.43	0.25	0.55	0.66	39.46
ΣSi2	6.27															

Valor: 1= Muy en deacuerdo, 2= En desacuerdo, 3=Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4=De acuerdo y 5= Muy de acuerdo

$r_{tt} = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_t^2} \right]$	$r_{tt} = \frac{22}{22-1} \left[1 - \frac{6.27}{39.46} \right] = 0,90$	k	15
		$\sum Si^2$	6.27
		$\sum St^2$	39.46
		0.90 ALFA DE CRONBACH	

Donde:

rtt : coeficiente de confiabilidad de la prueba o cuestionario.

k: número de ítems del instrumento.

st²: Varianza total del instrumento.

Σsi²: Sumatoria de las varianzas de los ítems.

Anexo 6. Base de Datos

Cultura seguridad del paciente																					
Personal médico	D1: Comunicación				D2: Transferencias y transiciones				D3: Apoyo de la dirección a la seguridad del paciente				D4: Dotación de personal				ΣSt2				
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16					
1	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	52	D1	D2	D3	D4
2	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	55	15	12	12	13
3	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	61	16	13	13	13
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64	16	15	15	15
5	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	53	16	16	16	16
6	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	52	13	13	13	14
7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64	13	13	13	13
8	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64	16	16	16	16
9	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	53	16	16	16	16
10	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	52	13	13	13	14
11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64	13	13	13	13
12	3	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4	57	16	16	16	16
13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64	15	14	14	14
14	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	52	16	16	16	16
15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64	13	13	13	13
16	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	16	16	16	16
17	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49	12	12	12	12
18	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49	13	12	12	12
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48	12	12	12	12
20	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	55	16	13	13	13
21	4	3	3	3	5	3	3	3	5	3	3	3	5	3	3	3	55	13	14	14	14
22	5	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	51	15	12	12	12
23	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	52	13	13	13	13
24	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	61	16	15	15	15

25	3	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	59
26	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	62
27	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	51
28	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
29	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	57
30	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	51
31	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	60
32	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48
34	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49
35	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48
37	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	55
38	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	50
39	5	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	52
40	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	59
41	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	61
42	3	4	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	53
43	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	56
44	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	51
45	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
46	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	57
47	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	51
48	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	60
49	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
50	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48
51	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49
52	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49
53	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48
54	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	55

14	15	15	15
14	16	16	16
12	13	13	13
16	16	16	16
15	14	14	14
12	13	13	13
15	15	15	15
16	16	16	16
12	12	12	12
13	12	12	12
13	12	12	12
12	12	12	12
16	13	13	13
14	12	12	12
16	12	12	12
14	15	15	15
16	15	15	15
14	13	13	13
14	14	14	14
12	13	13	13
16	16	16	16
15	14	14	14
12	13	13	13
15	15	15	15
16	16	16	16
12	12	12	12
13	12	12	12
13	12	12	12
12	12	12	12
16	13	13	13

55	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	50
56	5	5	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	55
57	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	59
58	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	61
59	3	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	59
60	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	62
61	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	51
62	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	58
63	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	57
64	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	51
65	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	59
66	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
67	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48
68	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49
69	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49
70	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48
71	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	56
72	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	50
73	5	4	3	4	5	3	3	3	5	3	3	3	5	3	3	3	58
74	4	3	3	5	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	60
75	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	61
76	3	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	58
77	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	62
78	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	51
79	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
80	3	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	69
81	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	51
82	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	59
83	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
84	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	48

14	12	12	12
19	12	12	12
14	15	15	15
16	15	15	15
14	15	15	15
14	16	16	16
12	13	13	13
16	14	14	14
15	14	14	14
12	13	13	13
14	15	15	15
16	16	16	16
12	12	12	12
13	12	12	12
13	12	12	12
12	12	12	12
16	13	13	14
14	12	12	12
16	14	14	14
15	15	15	15
16	15	15	15
13	15	15	15
14	16	16	16
12	13	13	13
16	16	16	16
15	18	18	18
12	13	13	13
14	15	15	15
16	16	16	16
12	12	12	12

85	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	50
86	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49
87	3	3	3	3	3	3	3	5	3	3	3	4	3	3	3	5	53
88	4	4	4	4	4	3	3	5	4	3	3	4	4	3	3	5	60
89	4	3	3	3	5	3	3	3	5	3	3	3	5	3	3	4	56
90	5	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	51
91	4	3	3	3	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	56
92	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	61
93	3	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	58
94	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	62
95	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	51
96	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
97	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	57
98	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	51
99	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	59
100	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
101	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	51
102	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
103	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	57
104	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	52
105	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	59
106	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
107	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	59
108	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	59
109	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	52

13	12	12	13
13	12	12	12
12	14	13	14
16	15	14	15
13	14	14	15
15	12	12	12
13	15	14	14
16	15	15	15
13	15	15	15
14	16	16	16
12	13	13	13
16	16	16	16
15	14	14	14
12	13	13	13
14	15	15	15
16	16	16	16
12	13	13	13
16	16	16	16
15	14	14	14
12	13	13	14
14	15	15	15
16	16	16	16
14	15	15	15
16	16	15	12
13	13	13	13

BARRERAS DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS																			
Personal médico	D1: Barreras organizacionales					D2: Barreras actitudinales					D3: Barreras cognoscitivas					ΣSt2	D1	D2	D3
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15				
1	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	55	17	19	19
2	4	4	4	4	4	3	3	4	5	4	4	4	4	4	4	59	20	19	20
3	3	3	4	5	3	4	5	5	4	3	4	5	5	4	4	61	18	21	22
4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	63	20	21	22
5	3	3	3	3	4	3	3	4	5	4	4	4	4	4	4	55	16	19	20
6	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	54	16	18	20
7	3	4	3	3	4	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	61	17	22	22
8	3	3	4	4	3	4	4	5	4	3	5	5	5	4	4	60	17	20	23
9	4	4	3	3	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	4	58	18	20	20
10	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	53	15	18	20
11	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	4	4	63	20	21	22
12	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	5	5	5	5	60	17	19	24
13	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5	4	4	64	20	23	21
14	4	4	3	3	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	63	18	24	21
15	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	62	20	20	22
16	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	48	15	17	16
17	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49	19	15	15
18	3	3	2	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	2	49	14	17	18
19	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	53	15	18	20
20	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	53	15	18	20
21	3	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56	16	20	20
22	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	54	17	19	18
23	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4	53	16	18	19
24	4	4	4	3	4	3	3	5	4	5	4	5	5	4	4	61	19	20	22
25	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	5	5	4	3	3	56	17	19	20
26	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	62	20	20	22
27	3	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	53	16	19	18

28	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	67
29	4	4	2	3	4	3	3	5	4	5	4	4	5	4	2	56
30	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	54
31	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	5	5	4	3	4	57
32	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	68
33	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	48
34	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	48
35	5	4	4	5	3	4	5	5	4	4	4	5	5	4	4	65
36	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	50
37	3	4	3	3	4	3	3	5	5	4	4	5	4	4	4	58
38	4	3	3	3	4	3	3	4	5	4	4	4	4	4	4	56
39	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	57
40	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	58
41	4	4	3	3	4	3	4	4	5	4	4	4	4	4	4	58
42	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	55
43	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	61
44	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	56
45	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	63
46	4	4	3	3	4	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	63
47	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	62
48	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	5	5	4	3	4	57
49	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	67
50	4	4	2	3	4	3	3	5	4	5	4	4	5	4	2	56
51	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	49
52	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	48
53	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	53
54	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	5	5	5	5	4	60
55	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	68
56	4	4	2	3	4	3	3	5	4	5	4	4	5	4	2	56
57	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	66

20	22	25
17	20	19
17	19	18
17	19	21
20	23	25
15	15	18
15	15	18
21	22	22
15	15	20
17	20	21
17	19	20
17	20	20
18	20	20
18	20	20
15	20	20
20	20	21
17	19	20
20	22	21
18	24	21
20	20	22
17	19	21
20	23	24
17	20	19
15	15	19
15	15	18
15	18	20
17	19	24
20	23	25
17	20	19
21	25	20

58	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	62
59	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	5	3	4	3	4	55
60	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	68
61	4	4	2	3	4	3	3	5	4	5	4	4	5	4	2	56
62	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	56
63	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	5	3	4	3	4	55
64	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	54
65	3	4	4	4	3	4	4	5	5	3	4	4	4	5	4	60
66	4	4	4	4	4	3	3	4	5	4	4	5	4	5	4	61
67	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	52
68	4	2	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	50
69	4	2	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	50
70	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	52
71	3	4	3	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	59
72	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	55
73	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	57
74	4	4	3	3	4	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	61
75	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5	4	5	4	4	63
76	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	56
77	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	5	4	4	63
78	4	2	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	49
79	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	61
80	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	5	5	4	5	4	61
81	4	2	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	4	3	3	51
82	4	4	2	3	4	3	3	5	4	5	4	4	5	4	2	56
83	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	63
84	4	4	3	3	4	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	61
85	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	3	4	50
86	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	49
87	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	54

20	20	22
17	19	19
20	23	25
17	20	19
16	20	20
17	19	19
15	19	20
18	21	21
20	19	22
17	20	15
15	19	16
15	19	16
16	18	18
17	21	21
15	20	20
18	19	20
18	22	21
20	21	22
17	19	20
20	22	21
15	17	17
20	20	21
19	19	23
15	19	17
17	20	19
20	20	23
18	22	21
15	18	17
17	16	16
15	19	20

88	4	4	4	3	4	3	3	5	4	5	4	5	5	4	4	61
89	4	4	2	3	4	3	3	5	4	5	4	4	5	4	4	58
90	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	54
91	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	5	3	4	3	4	55
92	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	64
93	4	4	2	3	4	3	3	5	4	5	4	4	5	4	2	56
94	3	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	67
95	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	49
96	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	68
97	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	54
98	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	53
99	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	5	4	4	3	4	56
100	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	68
101	4	4	2	3	4	3	3	5	4	5	4	4	5	4	2	56
102	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	72
103	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	56
104	4	4	4	4	3	2	2	5	4	3	5	3	4	3	4	54
105	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	57
106	5	4	2	3	4	3	3	5	4	5	4	4	4	4	5	59
107	5	2	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	68
108	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	5	4	58
109	4	2	3	3	3	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	52

19	20	22
17	20	21
17	20	17
17	19	19
20	23	21
17	20	19
20	24	23
17	17	15
20	23	25
17	19	18
15	20	18
17	19	20
20	23	25
17	20	19
24	25	23
17	19	20
19	16	19
17	20	20
18	20	21
20	25	23
18	19	21
15	19	18



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, DIAZ ESPINOZA MARIBEL, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, asesor de Tesis titulada: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y BARRERAS EN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN DISTRITO DE SALUD EL EMPALME, 2022.", cuyo autor es VILLACIS TARIRA BRYAN MARCELO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 25.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

PIURA, 12 de Enero del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
DIAZ ESPINOZA MARIBEL DNI: 03683602 ORCID: 0000-0001-5208-8380	Firmado electrónicamente por: MARIBEL24 el 27-01- 2023 19:32:18

Código documento Trilce: TRI - 0518150