



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Percepción de cultura de seguridad del paciente del personal
asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de
Villa el Salvador 2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Ledy Janet Dávila Lozano

ASESOR:

Dra. Flor De María Sánchez Aguirre

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los Servicios de la Salud

LIMA – PERÚ

2018

DICTAMEN DE LA 2DA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): **DAVILA LOZANO, LEDY JANET**

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

PERCEPCION DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL CENTRO QUIRURGICO DEL CMI JUAN PABLO II DE VILLA EL SALVADOR 2018

Fecha: 30 de octubre de 2018

Hora: 8:45 a.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Angel Salvatierra Melgar

Firma: 

SECRETARIO: Dr. Joaquin Vertiz Osoreo

Firma: 

VOCAL: Dra. Luzmila Garro Aburto

Firma: 

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

..... *Aprobada por msgona*

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

.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

..... *- Mejorar redacción en Estilo APA*

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

Dedicatoria

A Dios, por su infinita bondad y fortaleza, al darme salud para cumplir un objetivo más en mi vida.

A mis hijas, Jhoanna Irma y Janet Victoria Coáguila Dávila, por su gran comprensión durante este tiempo de estudio

A mi madre, Irma Lozano, por su constante apoyo.

A mi querido José Córdova, gracias por estar siempre a mi lado, motivándome y haciéndome un ejemplo para ustedes.

Agradecimientos

A la Universidad Cesar Vallejo y a sus docentes, comprometidos en este difícil camino para alcanzar nuestras metas y expectativas, a fin de sumar esfuerzos a fin de aportar nuestros conocimientos en nuestra institución.

Al M.C. Genaro Muñoz Cabana, Médico Jefe del CMI Juan Pablo II, por su apoyo en la presente investigación.

Al Dr. Joaquín Vértiz Osorio, por su contribución e invaluable apoyo y experiencia en el desarrollo de la tesis.

Declaratoria de autenticidad

Yo, Ledy Janet Dávila Lozano, identificada con D.N.I. N° 05327377, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo Filial Lima Norte, declaro que el trabajo académico titulado "Percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Materno Infantil Juan Pablo II 2018", presentado en 117 folios para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 30 de octubre del 2018



Ledy Janet Dávila Lozano

D.N.I. N° 05327377

Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo se presenta la tesis Percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Materno Infantil Juan Pablo II de Villa el Salvador, 2018,

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la percepción de la cultura de seguridad en el personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018, con una población estudiada de 88 profesionales de la salud, validando el instrumento por un juicio de expertos.

El presente estudio está estructurado en 7 capítulos de acuerdo con el formato proporcionado por la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo. En el capítulo I denominado introducción, se presentan los antecedentes internacionales y nacionales, el objetivo de la investigación. En el capítulo II, los criterios metodológicos empleados en la investigación. En el capítulo III, los resultados encontrados en la parte estadística. En el capítulo IV, la discusión y los resultados. En el capítulo V se exponen las conclusiones. En el capítulo VI, las recomendaciones. En el capítulo VII se presentan las referencias bibliográficas. En el capítulo VIII los anexos de la investigación.

El informe de esta investigación fue elaborado siguiendo el protocolo de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo y es puesto a vuestra disposición para su análisis y las observaciones que estimen pertinentes.

La autora

Índice

	Pág.
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
Índice de figuras	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. Introducción	
1.1 Realidad problemática	15
1.2 Trabajos previos	17
1.3 Teorías relacionadas al tema	21
1.4 Formulación del problema	40
1.5 Justificación	41
1.6 Objetivos	42
II. Método	
2.1 Diseño de la investigación	44
2.2 Operacionalización de la variable	45
1.3 Población y muestra	46
1.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	49
2.5. Aspectos éticos	51
III. Resultados	
3.1 Resultados descriptivos	53
IV. Discusión	65
V. Conclusiones	68
VI. Recomendaciones	70
VII. Referencias	73
Anexos	
Anexo 1. Artículo científico	79

Anexo 2. Matriz de consistencia	90
Anexo 3 Constancia emitida por la institución que acredita la realización del estudio in situ	91
Anexo 4. Instrumentos	92
Anexo 5. Validez de instrumento	98
Anexo 6. Base de datos	101

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Operacionalización de la variable	45
Tabla 2. Clasificación de las categorías según AHRQ	48
Tabla 3. Dimensiones de la variable de análisis	48
Tabla 4. Resultado del juicio de expertos respecto a la validez del instrumento utilizado	50
Tabla 5. Confiabilidad de las magnitudes contenidas en esta herramienta	50
Tabla 6. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad, CMI Juan Pablo II	53
Tabla 7. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad por servicio del CMI Juan Pablo II	54
Tabla 8. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad por género de los encuestados del CMI Juan Pablo II	55
Tabla 9. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad por edad de los encuestados del CMI Juan Pablo II	55
Tabla 10. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal en el CMI Juan Pablo II	56
Tabla 11. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal en los servicios del CMI Juan Pablo II.	57
Tabla 12. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal por género de los encuestados del CMI Juan Pablo II.	58
Tabla 13. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal por edad de los encuestados del CMI Juan Pablo II.	58

Tabla 14. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel del servicio en el CMI Juan Pablo II.	59
Tabla 15. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel de servicio en los servicios del CMI Juan Pablo II.	60
Tabla 16. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel de servicio por género de los encuestados del CMI Juan Pablo II.	61
Tabla 17. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal por edad de los encuestados del CMI Juan Pablo II.	61
Tabla 18. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel del Hospital en el CMI Juan Pablo II.	62
Tabla 19. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel del Hospital del CMI Juan Pablo II.	63
Tabla 20. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad.	64
Tabla 21. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal por edad de los encuestados del CMI Juan Pablo II.	64

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Modelo de Reason: El modelo del queso suizo en la producción del daño	23
Figura 2. Fallecimientos por negligencia médica	25
Figura 3. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad, CMI Juan Pablo II.	53
Figura 4. Distribución de frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal en el CMI Juan Pablo II.	56
Figura 5. Distribución de frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel del servicio en el CMI Juan Pablo II.	59
Figura 6. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel del Centro Quirúrgico en el CMI Juan Pablo II.	62

Resumen

La investigación titulada “Percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018”, tuvo como objetivo determinar la percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del C.M.I. Juan Pablo de Villa El Salvador.

El enfoque de investigación es básico, se empleó un diseño no experimental de tipo descriptivo de corte transversal, de carácter exploratorio con abordaje de estudio cuantitativo, con una población total 118 profesionales de la salud, de los cuales participaron 88. Como instrumento de investigación se utilizó la Encuesta, de cultura de seguridad del paciente, versión española de Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2009). Para el procesamiento de datos se utilizaron Microsoft Excel e IBM SPSS Statistics 22.0. Se utilizaron tablas de frecuencia y figuras para la emisión de resultados.

Se concluyó: respecto a la percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, se obtuvo un resultado general por mejorar, teniendo mayoritariamente una calificación de fortaleza en sus áreas de servicios, de las cuales la mayoría fue del género femenino. Respecto al rango etario todos los encuestados se clasificaron por mejorar.

Palabras clave: cultura de seguridad del paciente, percepción del paciente, centro materno infantil.

Abstract

The research entitled "perception of culture of patient safety of the personal care of surgery Center WCC John Paul II of Villa El Salvador 2018", has as objective to determine the perception of culture of patient safety of the personal care Center surgical C.M.I. John Pablo Villa El Salvador 2018.

The approach of the research is basic, where the author used the design not experimental of descriptive type cross-sectional of exploratory character with approach of quantitative study, with a population total 118 health professionals, which took part 88 workers, The Instrument Research Used in the Survey With a Questionnaire about the culture of the Patient Safety, Spanish Version of Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ (2009). For the data processing was used excel and SPSS version 22. In the present research were used often figures for issuance of results.

The author conclude with respect to the perception of the safety culture in the WCC John Paul II, it was obtained a general result to improve, keeping mainly a rating of strength in their service areas, of which most was female gender. Regarding the range age all respondents classified to improve.

Keyword: culture of patient safety, perception of the patient, Center maternal and child

I. Introducción

1.1 Realidad problemática

En la actualidad la seguridad del paciente es un tema importante de prioridad en la salud pública de todo el mundo; no podemos hablar de una atención de calidad, si las instituciones encargadas en ella no prestan la debida atención en los riesgos que se podrían generar por errores que ponen en peligro la seguridad del paciente durante su permanencia en la institución. No solo el ser aptos en el desempeño de sus funciones y una adecuada administración de los recursos asegura la calidad en la atención, también dentro de ello involucra la conducta y cultura del personal de la institución que suma esto una buena calidad a la atención, con lo cual se propone como un principio básico que cada profesional debería tener.

Los funcionarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS,2004), pone en marcha una Alianza que promueve organizar programas técnicos específicos y aplicarlos de manera sistemática para impulsar la sensibilidad del personal involucrado en la atención al paciente y los compromisos políticos de gobierno con el fin de coordinar, difundir y hacer mejoras en lo concerniente a la seguridad en la atención al paciente, el cual identifica como un problema importante según estadísticas recopiladas en estudios del organismo en cuestión.

La OMS (2008), la Investigación titulada “seguridad del Paciente” en su lema: “Mayor conocimiento para una atención de salud más segura” hace mención que de miles de pacientes, sufren adversas o mueren a consecuencia muchas veces de las malas praxis médicas o por una atención insegura; en hospitales tecnológicamente adelantados de cada 10 pacientes uno sufre daño adverso ocasionado por una asistencia sanitaria, en los países en vía de desarrollo poco se sabe cuál es la magnitud de las lesiones como producto de las atenciones inseguras. La falta de seguridad produce grandes desajustes que se reflejan en altos costos médicos como en las hospitalizaciones, las infecciones nosocomiales, las pérdidas de ingreso, pleitos y en las discapacidades de algunos países oscilan entre USD 6,000 millones y USD 29,000 millones.

Bajo esta preocupación, en Latinoamérica se creó el Instituto Iberoamericano de Eventos Adversos IBEAS; un proyecto desarrollado entre los años 2007 al 2009, con la colaboración de la OMS y OPS dirigido a determinar la

prevalencia de efectos adversos que son originados con la asistencia hospitalaria; el estudio en cuestión fue desarrollado en 5 países latinoamericanos (Argentina, México, Costa Rica, Colombia y el Perú) cuyos resultados de una población de 11,426 pacientes incluidos, el 10.5% de los pacientes hospitalizados presentaron eventos adversos (EA) del cual el 58.6% eran evitables, mientras que en el Perú el estudio se realizó en una población de 2,478 pacientes distribuidos en 5 hospitales (Cayetano Heredia, Santa Rosa, Grau, Rebagliati y Dos de Mayo), los eventos adversos (EA) se presentaron en el 11.6% de la población que fueron incluidos en el programa.

El Perú, como país miembro de la Asamblea Mundial de la Salud de las Américas, representado por el Ministerio de Salud como entidad rectora, en Julio del 2006 forma el Comité Técnico para la Seguridad del Paciente, según Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, con el propósito de complementar tácticas y mediante mecanismos que brinden atención segura al paciente durante su proceso de atención.

El presente estudio de investigación está dirigido a establecer una línea de referencia sobre el personal asistencial del centro quirúrgico del CMI Juan Pablo II ubicado en la avenida César Vallejo/Pastor Sevilla del distrito de Villa el Salvador a partir de la percepción y conocimiento relacionado con la seguridad del paciente por el personal asistencial, tomando como muestra al Centro Quirúrgico que forma parte de dicha institución.

A nivel institucional la población asistencial en general hace referencia de una inadecuada atención debido a múltiples factores asistenciales y administrativos; por parte de los pacientes hay manifestaciones de insatisfacción, inadecuadas praxis, insuficiente cobertura asistencial, duplicidad de labores los cuales a fin de cuentas originan situaciones adversas. En la actualidad no hay una estadística o estudios evidenciados con la seguridad del paciente en dicha institución de salud, motivo por el cual se encauza esta investigación como base para establecer un programa específico para dicho centro.

1.2 Trabajos previos

Tras una amplia revisión en bibliotecas de las instituciones de la salud y buscadores especializados, se toma en cuenta como evidencias los siguientes estudios de nivel nacional e internacional relacionados a este proyecto

1.2.1 Antecedentes internacionales

Ramos, Coca y Avendaño (2017), el estudio titulado: Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina, tuvo como objetivo diagnosticar la percepción de cultura de seguridad de los profesionales de dicha institución, para el sondeo aplico la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Universidad de Murcia, en profesionales de la salud en las áreas clínico-asistenciales, en un análisis descriptivo transversal con una población de 220 con un modelo integrada de 203 profesionales ,el cual implica una tasa de aceptación del 92.2%, el estudio, El 76.4% de los encuestados fue de sexo femenino, el nivel terciario (enfermeros y enfermeras de nivel técnico), con el 61.6%, seguido por el nivel universitario con el 30%. Esto es compatible con la frecuencia del 70% de los encuestados, quienes son personal de enfermería; a pesar del empeño puesto por el personal, la calidad de la atención se encuentra en déficit.

López, Puentes y Ramírez (2016), en su tesis titulado: Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta, tuvo como finalidad determinar la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial, bajo el procedimiento de la encuesta 'Hospital HSOPSC y AHRQ interpretado al español, mediante estudio de forma descriptivo transversal, en una población aplicada de 81 encuestados, 78 cumplieron con el criterio de inclusión con una viabilidad 96.2% siendo las dimensiones de mejor fortaleza: estudio y mejoras continuas de la organización, soporte del personal administrativos en la seguridad para el paciente, las dimensiones como oportunidades de mejora: las Transferencias y las transiciones, dotación del personal, las Respuesta no punitiva a errores del personal asistencial.

Erazo, Pabón, Choque y Arroyo (2016), En un trabajo titulado: Nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de COOEMSSANAR IPS sede

Túquerres durante el primer trimestre del año 2016, con el objetivo, percibir la cultura de la seguridad del paciente del personal durante el primer trimestre del año 2016. Mediante un estudio descriptivo transversal, con una población de 30 trabajadores, recopilando las siguientes conclusiones: En el desarrollo operacional hay menor desempeño de trabajo en grupo e interrelación, el desempeño del trabajo se muestra con responsabilidades, se visualiza que el profesional de salud no participa, no asume una crítica frente a las demandas laborales, expresando cansancio laboral y muchas horas de trabajo, Se observa una resistencia de hechos negativos, son desinteresados dañar a pacientes, los profesionales de salud no emiten reporte oportuno, poca comunicación en área administrativa y asistencial evitando un ambiente de confianza y seguridad.

Alma y Avilés (2015), en la investigación titulada percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud que labora en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Militar Escuela "Dr. Alejandro Dávila Bolaños, tuvo como objetivo determinar la cultura de seguridad del paciente que tienen los laboriosos, teniendo como sondeo el instrumento de la Agency for Healthcare Research and Quality, con una población estudio 48 profesionales de la salud, donde se estudiaron 12 dimensiones y 42 ítems. Concluye respuesta positivas a 60%; como respuestas negativas debilidades u oportunidades de mejoras 50%. Se puede visualizar que el personal asistencial contribuye a la educación de la cultura de seguridad del paciente desde su extensión en el área de trabajo, consideran trabajar tipo "crisis". La comunicación de eventos adversos y la toma de decisiones en equipo consideran de gran importancia.

Chalapú y Cuascota (2014), la tesis título Percepción del personal de enfermería del hospital "Dr. Carlos del Pozo Melgar en la cantón distrito de esmeralda, referente cultura de seguridad del paciente, tuvo como objetivo de construir una idea acerca de la cultura de seguridad del paciente mediante un análisis, descriptivo, transversal, teniendo como herramienta un sondeo del Hospital Survey on Patient Safety Culture, concluye: comunicación positiva entre el subjetivo líderes y la unidad en general, nos muestra a mejorar: la percepción de personal exiguo, la atmosfera laboral, la medición de la dirección en correlación a seguridad del paciente. Los participantes mencionaron que no notifican eventos

adversos, no disponen de procedimientos de notificación y monitoreo de seguridad del paciente, Reanudando la escasez de capacitación y creación de la Cultura de Seguridad.

Giraldo y Montoya (2013), en la tesis título Cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia basado en la percepción del personal asistencial y administrativo, tuvo como finalidad evaluar la educación de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia, mediante el aprendizaje observacional de un estudio transversal, con una población laboriosos mediante la encuesta (HSPSC) y la encuesta (AHRQ) el producto comparativos y administrativos (72%) estudio organización (72% AHRQ y 73% HSI), retroalimentación y notificación de error (64% AHRQ, 61% HSI) desigualdad frente a la demanda (22% más de AHRQ frente al HSI), la apreciación general de seguridad (14 % más en AHRQ que en HSI), monitoreo de los administrativos para promocionar la seguridad del paciente (con un 12 % más del AHRQ frente al HSI), concluye que hay debilidades y fortalezas, Recomendándose cambios y paradigmas del personal de salud.

1.1.2 Antecedentes nacionales

Llagas (2017), en la tesis titulada Cultura de seguridad del paciente por el personal de enfermería de la clínica el Golf. Tuvo como finalidad comparar el nivel de cultura de seguridad del personal asistencial, en un trabajo descriptivo comparativo, conformada por 35 trabajadores de la salud (enfermería) de la clínica Sanna San Borja y 35 personal asistencial (enfermería) de la clínica Sanna El Golf, se recogió información través de la encuesta con un cuestionario de la cultura de seguridad al paciente versión española de la AHRQ 2009, concluye que hay diferencias significativas de la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf, 2017; con elevada significancia calculada es $p < .05$ y U de Mann Whitney es de 90,500.

Vergara (2017), en la tesis Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, la investigación define el vínculo que existe dentro la cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en la asistencia de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, con un estudio tipo descriptivo transversal, con 140 trabajadores asistenciales con

una población estudiada de 102 profesionales, se evaluaron las variables mediante 2 cuestionarios de la AHRQ, en la primera variable con una elevada cultura de seguridad de (27.45%), bueno (48.04%), aceptable (18.63%) y pobre (5.88%), La segunda variante de la toma de determinación con el (54.90%), Existe respecto a la toma de determinación con un (45.10%) menudo nivel, la relación Rho Spearman, precisa una relación positiva de la Cultura de Seguridad.

Martínez (2015), En la Investigación título Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015, la investigación determinó la formación de cultura de seguridad del paciente, laboran en el Servicio de enfermería, la herramienta de estudio como instrumento la encuesta de seguridad del paciente del personal asistencial (MOSPS). La conclusión detalla respuestas afirmativas “no punitiva a los errores” (68.9%), el estudio organizacional hacia mejoría continua” (55,6%,) “Trabajo en equipo en el servicio” (53.3%); “accionar del inspector o jefa para fomentar la seguridad de los pacientes” (51.1%), La contestación negativas son, el “nivel de apertura de la comunicación”(88.9%), “notificación escrita al personal sobre los fallas de la unidad” (66.7%). Las dimensiones “dotación del personal: recursos disponibles y acción” y “traslado de pacientes o trueque de turno” (57.8%) niveles débiles “Nivel de la Comunicación de reporte al personal sobre la disponibilidad laboral” y los “Problemas en el traslado de pacientes o trueques de turno”.

Sánchez y Lozano (2015), la tesis título Clima Organizacional y Satisfacción Laboral de las Enfermeras en el Servicio de Cirugía Hospital Víctor Lazarte Echeagaray, en un estudio descriptivo correlacional, transversal; tuvo como objetivo diagnosticar la relación del clima organizacional y la satisfacción laboral del Servicio de Cirugía, población estudiada 27 enfermeras; utilizando como instrumento para medir el clima organizacional la encuesta de Hackman y Oldham la satisfacción laboral elaborado por Sonia Palma Carrillo. Los resultados muestran un 41% en el nivel alto y un 59% en el nivel medio en clima organizacional y satisfacción laboral 52% medio 41% bajo 7%, concluye la relación del clima organizado con la satisfacción laboral según la prueba de Pearson $P = .76$.

Alvarado (2014), la tesis título Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval, tuvo como objetivo de analizar el clima organizacional y la cultura del seguridad del paciente que existe en el Centro Médico Naval este estudio permitirá mejorar significativamente la calidad de la atención a los pacientes que se atiende en dicho hospital, en el estudio de investigación se utilizó el Cuestionario de la seguridad del personal asistencial del Hospital Surveyon Patient Safety del Ministerio de Sanidad y Consumo, la estadística nos indica instrumentos son válidos y confiables, estas pruebas fueron aplicadas a una muestra de 234 personas entre médicos y enfermeras, los resultados estadísticos indican que el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente se encuentran relacionados los médicos estiman el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que las enfermeras.

1.3 Teorías relacionadas al tema

Cultura de seguridad del paciente

Peterson (2003), definió, las instituciones confiables tienen políticas que involucran a la seguridad en todos los niveles; incluyen los proveedores y el personal ejecutivo. Dentro de su política incluyen compromisos con las siguientes características:

Conciencia del riesgo en las actividades de la institución de la salud y la búsqueda de lograr atenciones con bajo nivel de riesgo.

Crear ambientes de confianza donde el personal asistencial se atreva a informar los errores sin el miedo a ser sancionados.

Incentivar la colaboración y apoyo del personal con el objetivo de buscar soluciones a los eventos adversos que ponen en riesgo la seguridad del paciente.

Organizar compromisos a nivel institucional para involucrar al personal en la búsqueda de mejoras en la atención direccionadas a estructurar una cultura sólida en la atención de la salud con el objetivo de disminuir la frecuencia de errores y mejorar la calidad del servicio.

En la actualidad los estudios realizados hacen mención de una gran variación en la percepción de la cultura de seguridad en las instituciones; resultados de las encuestas se encontraron que las enfermeras se quejan de un ambiente de

acusaciones hacia el personal por los eventos adversos ocurridos, así como el personal asistencial notan una falta de compromiso en las instituciones para implantar una cultura de seguridad.

El mejoramiento en la seguridad del paciente necesita contar con 3 objetivos: ubicar y estudiar los eventos adversos, la prevención de los eventos adversos y disminuir su consecuencia.

Así mismo Thomas y Peterson en la Conciencia circunstancial Se hace referencia al contraste entre la percepción de una circunstancia y la realidad del ámbito; yendo hacia la gestión de crisis, es donde más sentido toma esta frase por la frecuencia de ocurrencia, la conciencia circunstancial suma la importancia de los parámetros de la fatiga y estrés del personal de un equipo asistencial, las posibles amenazas del medio a la seguridad y deterioros por una situación en crisis como fuentes que originarían un agravante de la situación. En un ejemplo, en una situación de paro respiratorio, el equipo asistencial puede centrarse en una tarea particular, pero se pierde del contexto general de la situación; por lo cual es tarea del líder atender las señales del grupo porque es factor de una creciente ansiedad que lleva a la pérdida de control de uno de los miembros del grupo el cual se pondría en riesgo la atención al paciente. En este contexto es importante la tarea del líder de mantener la conciencia de todas las perspectivas alternas posibles o ponerse al frente de la circunstancia de acuerdo con el medio.

Para Peterson el Análisis en la seguridad hacia el paciente es importante tener un indicador de medición rápida en el cual nos puede estar dando la tendencia de un programa de seguridad y para esto hacemos uso de un indicador llamado: "tasa de eventos adversos" el cual nos ubicará en el tiempo contrastado con el número de ocurrencias una idea del éxito o fracaso de una gestión en la seguridad.

Centrándonos en el análisis de los eventos adversos podremos identificar el origen de este que puede ser de dos fuentes: originado a través de la persona o a través del sistema. De la primera fuente el evento es atribuible netamente al error del individuo, mientras que en la segunda fuente a pesar de la intervención de personal en el evento las fallas provienen del sistema de atención. Para entender este enfoque acude en la ayuda el modelo propuesto por el Psicólogo James

Reason (1990) al cual se le llamo “modelo de queso suizo”; en este modelo se propone que cada sistema de seguridad coloca barreras de contención a la exposición de riesgos a daños que pueden surgir, pero no son perfectos, estos tienen agujeros tal cual rebanadas de queso. Estos agujeros son ocasionados por el personal que entra en contacto directo en la atención al paciente con un impacto de duración muy breve y el otro ocasionado por el sistema el cual es una falla latente por imperfecciones en su diseño. Muy a menudo los agujeros no están alineados por lo que la falla en el sistema tiene como elemento de contención su impermeabilidad, pero hay eventos donde se alinean y es allí donde ocurren los accidentes que llegan hasta producir lesiones al paciente; es decir los factores de falla ocurren uno tras otro hasta producirse el desenlace, entonces a partir de esto el problema no es la ocurrencia de la falla en el sistema sino el de varias fallas situación parecida a una reacción en cadena llevando a un desenlace desafortunado; es por eso que es importante analizar la estructura del “modelo del queso”.

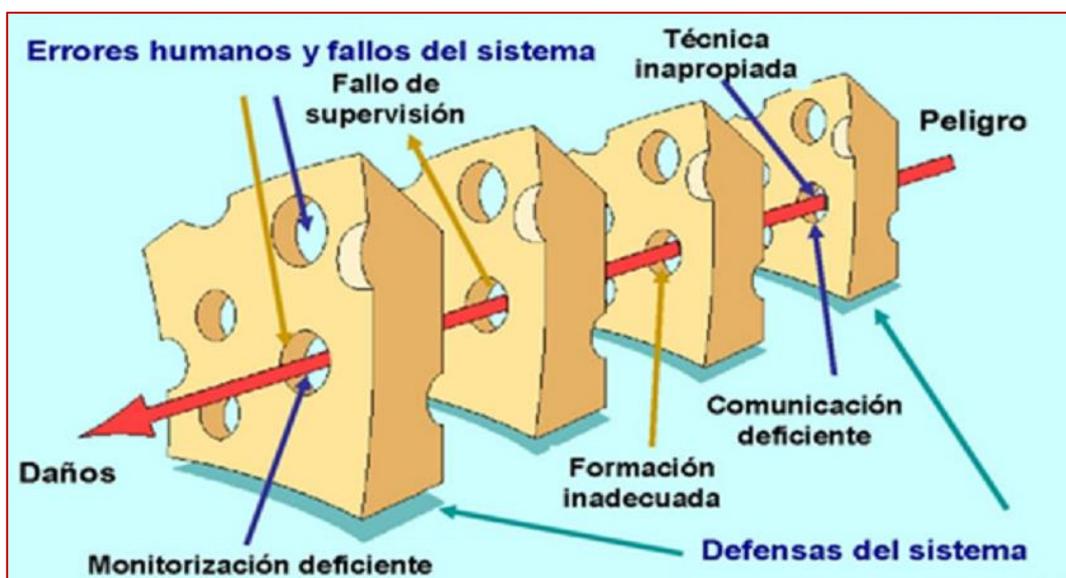


Figura 1. Modelo de Reason: El modelo del queso suizo en la producción del daño Peterson, incluye el término de “falla latente” a los defectos del sistema de salud en sí que en cualquier momento pueden originar errores en la atención y su permanencia puede durar años hasta que alguien se proponga modificarlos; estas pueden ser: El diseño de la organización, distribución de equipos médicos, el mantenimiento, la calidad profesional del personal, la calidad de la infraestructura,

etc. Los desenlaces de los eventos tras estas fallas latentes son graves tras una presión en la demanda puede llevar a la ocurrencia de lesiones o muertes.

En una publicación de un reporte The World Health Report 2002, considera que una falla latente es una “casi-falla” ya que estas tienen una alta probabilidad de ocurrencia de algún evento adverso en el caso de no ser corregido. Es muy útil en los sectores de la aviación o en medios donde está presente la energía nuclear donde se analizan exhaustivamente ya que una intervención oportuna evitaría catástrofes con resultados muy adversos. Para estos sectores es muy importante la detección oportuna y su corrección inmediata.

En el sector de la salud la investigación sobre la seguridad al paciente se inició hace más de tres décadas por el Harvard Medical Practice Study que se realizó en el año 1984 en 51 hospitales del estado de Nueva York, considerándose así pioneros. El método de trabajo fue aplicado en diversos países con el mismo propósito.; es así como nace el estudio ENEAS en España y el IBEAS en Latinoamérica cuyos resultados contribuyeron a emitir resoluciones los organismos de la OPS y OMS para una calidad en la atención de la salud.

En la actualidad existen diversos estudios relacionados al tema y se continúa las investigaciones apuntando a mejorar la gestión en la calidad de la atención al paciente en la gestión de riesgos, dando como punto de partida la publicación en el año 2000 del libro “Errar es Humano” en el cual muestra preocupantes cifras estadísticas de muertes inesperadas en hospitales de los Estados Unidos en la década de los 90 debido a errores por medicación.

Estudio de eventos adversos en Iberoamérica plan de acción para reducir los Eventos adversos de mayor prevalencia en el Perú.

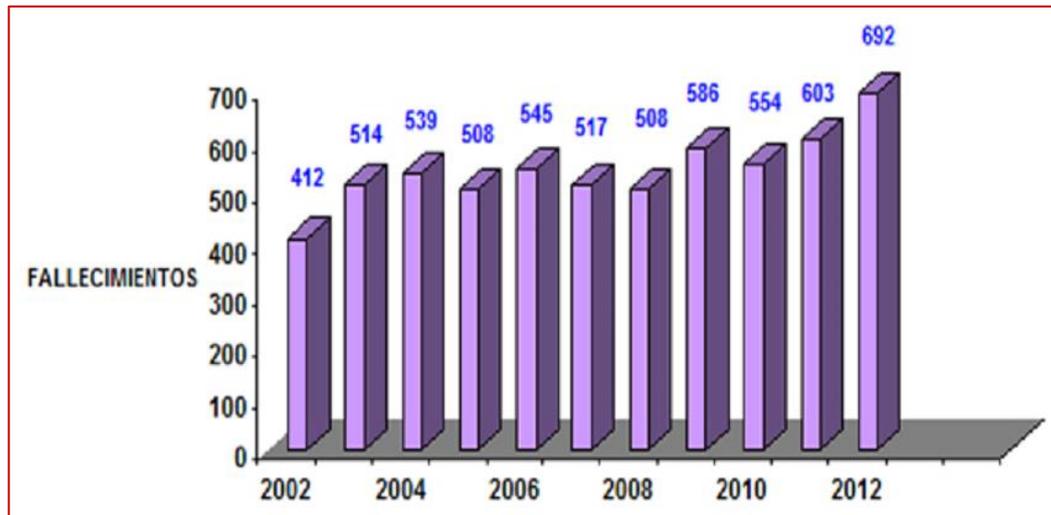


Figura 2. Fallecimientos por negligencia médica

Vitolo (2016, p.1), definió “el resultados de valores, conductas, y patrones individuales y grupales comprometidos con la adecuada ejecución de los programas de seguridad de la organización”, así mismo refiere que la cultura de seguridad puede ser descrita como “la forma en la que se hacen las cosas acá”, mencionando, ciertos componentes claves para la cultura de seguridad:

El reconocimiento de que las actividades que realiza la organización son de alto riesgo y la determinación para alcanzar altos niveles de seguridad de manera constante.

Creencia compartida de que el actual nivel de daño a los pacientes es insostenible.

Un ambiente no punitivo en donde los individuos se sienten libres para reportar errores, accidentes o problemas de seguridad sin temor a represalias.

Estímulo a la colaboración entre distintos rangos y disciplinas en la búsqueda de satisfacción de seguridad del paciente. Obligación de trabajar en equipo.

La seguridad de los pacientes es valorada como la principal prioridad, aún a expensas de la producción o la eficiencia. Se reconoce al personal que interrumpió un proceso que no le parecía seguro, aun cuando se haya equivocado.

Compromiso de los líderes con la seguridad. Asignación de recursos, incentivos y premios.

Se valora el aprendizaje organizacional. La respuesta a un problema de seguridad se focaliza en renovar del sistema más que en echar culpas individuales.

Reason (1998), Sostiene que la cultura de seguridad estaría compuesta por 5 elementos:

Una cultura de la información: “la institución recolecta y analiza datos relevantes, y difunde la información de seguridad de manera activa”.

Una cultura del reporte: “se cultiva una atmósfera en donde las personas se sienten libres para notificar problemas de seguridad sin temor a represalias y sabiendo que se actuará sobre los reportado”.

Una cultura de aprendizaje: “la organización es capaz de aprender de sus errores y realizar cambios”.

Una cultura justa: “en donde los errores y actos inseguros no son castigados si el error no es intencional, pero en donde se sanciona a quienes actúan temerariamente tomando riesgos de manera deliberada e injustificable”.

Una cultura flexible: “en donde la organización y las personas que la componen son capaces de adaptarse efectivamente a la necesidad de cambio”.

Avilés (2015), definió: “La cultura de seguridad de paciente es conjunto de valores, actitudes, percepciones y patrones de comportamiento individuales y grupales que determina el compromiso, la forma de trabajo y desempeño de una institución” (p. 15). Todo esto lo sustenta en la toma de conciencia de los errores siempre son latentes, reconocerlos y aprender de ellos, la difusión de forma justa, abierta e imparcial, tomar en cuenta que los errores no solo están ligados al personal sino también al sistema y ligar en los objetivos y visión institucionales la seguridad al paciente como pilar principal del sistema.

La OMS (2011), hace énfasis de la importancia en la detección de eventos adversos y la gestión de esta información la cual puede llevar a una mejora continuo en la atención del paciente, definió “el individuo que recibe atención asistencial, y a la atención asistencial como los servicios que reciben el individuo y la sociedad para fomentar, sostener, vigilar la salud. Se utiliza la terminación paciente en lugar de

cliente o consumidor. Fomentar una educación de seguridad en las estructuras sanitarias de la nación es uno de los pilares de la política de estado (OMS, 2002).

El programa de educación de seguridad del paciente debe considerar los siguientes elementos: La Política de la institución hacia el paciente debería:

Orientar la dirección de la política de la institución hacia la seguridad del paciente.

Priorizar la seguridad del paciente en la Institución.

Organizar un ambiente no basado en las sanciones sino promover uno participativo.

Concientizar a los funcionarios en ampliar conocimientos sobre la seguridad a los pacientes.

Promocionar la cultura de la seguridad al paciente en la institución.

Implementar un sistema de notificación de eventos adversos con un aprendizaje de grupo e integrar métodos de identificación de dichos eventos el cual es un punto primordial para poder gestionar una política de seguridad en la institución.

Así mismo sostiene que un sistema de reportes debe involucrar o tener en cuenta los siguientes parámetros:

Proceso del reporte del evento.

Asunto del evento reportado.

A donde es direccionado el reporte.

Como se reporta.

Mencionar los medios utilizados.

Fecha del reporte.

Medio utilizado que asegura la privacidad del reporte.

Informar si es un auto reporte o reporte por terceros.

Asegurar el análisis y la retroalimentación a quien reporta el evento adverso.

Incentivar el reporte de los eventos adversos.

Las características que debe tener la cultura de seguridad:

Comunicación basada en la confianza mutua de manera no personal.

Crear confianza en los buenos resultados de las medidas preventivas tomadas.

La existencia de un plan de capacitación y recurso.

Centrar la enseñanza del error como base de alimentación que conduce a una educación de aprendizaje en la organización y lleve a la conciencia del error originado por el personal.

Conducir al personal a tener una percepción compartida sobre la importancia en la Seguridad.

LLagas (2017), definió: “La cultura de educación de seguridad del paciente se perfila como uno de las obligaciones para evitar en lo causal la aparición de efectos adversos y educarse de los errores, las notificaciones corresponde a la forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los fallas no se vuelvan a producir. (p.18).

Cometto, Gómez, Marcon, Zárate, De Bartoli y Falconí (2011), definen, “la educación de seguridad del paciente como el abandono del peligro o deterioro potencial asociado a la atención asistencial sanitaria, basado en componentes, estructurales, procesos, mecanismos y metodologías en seguridad de los pacientes científicamente demostrado con el objetivo de simplificar los riesgos hacia un evento adverso con los procesos de asistencia a la salud de los pacientes

Turcios (2014), Definió: “una cultura de confianza del paciente se debe determinar por una comunicación adecuada basada en la seguridad, Percepción compartida de una cultura de Seguridad de eficacia en las medidas preventivas”

National Patient Safety Agencia (NHS, pp. 38-177), define en siete pasos la reducción sanitaria para la seguridad del paciente en la atención primaria:

Paso 1: Formular una cultura abierta y justa.

Paso 2: Fijar objetivos claros, transparentes y sólidos en la institución, implicando liderazgo y apoyo al personal.

Paso 3: Elaborar sistemas y procesos de gestión de riesgos que puedan identificarlos y concientizar sobre los resultados adversos que podrían originar.

Paso 4: Incentivar los reportes de los eventos adversos; facilitar el dinamismo de estos dentro del personal.

Paso 5: Involucrar la intervención del paciente porque son fuente de alimentación de quejas.

Paso 6: Compartir lecciones de seguridad, incentivar al personal al análisis de los eventos adversos.

Paso 7: Fijar soluciones de prevención introduciendo cambios constantes en las praxis y procedimientos del sistema.

Seguridad Nuclear (1999 p.13), define “a la cultura de la seguridad al conjunto de caracteres y actitudes del individuo que mantiene como prioridad fundamental, la cultura de seguridad de las centrales nucleares recibe la atención que merecen alcanzar en razón de su significación”.

El Ministerio de Sanidad y Política Social del Gobierno Español en su estudio: “En un estudio de análisis de la cultura sobre evidencia del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español” publicado en el año 2009. La cual es una adaptación al sistema español de la encuesta original realizada por Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2004) de los Estados Unidos, plantea un esquema fiable que permite analizar el sistema de seguridad en la atención del paciente de una institución hospitalaria el cual tomaremos como una guía para nuestra investigación. Este estudio formula pilares definidos para encuadrar la investigación los cuales son:

Conductas relacionadas con la educación en seguridad del paciente.

Frecuencia, conductas favorables en correlacionados hacia la seguridad del paciente.

Causa socio demográfico que correlacionan a la conducta y comportamiento favorable en correlación con la seguridad del paciente.

Evaluación, monitorización y mejora del clima de seguridad.

Para determinar el estudio de la cultura de seguridad es necesario analizar el comportamiento del sistema en tres niveles:

Nivel del personal asistencial de manera individual.

Nivel de Unidad o Servicio y las interacciones de los integrantes como equipo frente a un sistema de seguridad.

Nivel Institucional involucrado desde la participación de la dirección general.

Los cuales se desglosan en 12 subgrupos denominados “dimensiones”, enfocados en los cuatro pilares permite identificar sus fortalezas y debilidades del sistema.

La recopilación de la comunicación se diseña un instrumento el cual está estructurado de la siguiente manera:

Cultura de la seguridad a nivel personal asistencial

Analiza el grado de conciencia y la participación del personal asistencial de forma individual y el grado de responsabilidad asumido, asimismo analiza el grado de relación que tiene con su dirección frente al sistema de seguridad de atención al paciente.

Frecuencia de eventos notificados

Bañeros, Vavero, López, Orrego y Suñol, (p.11), es muy importante realizar un análisis del clima de seguridad del paciente. Incluye aspectos de la atención de diagnóstico, tratamiento utilizado, es de gran preocupación la mala praxis en la atención sanitaria. Sin embargo, La falta de conciencia de que un error ha ocurrido, el cual se debe documentar, por el cual se necesita el sondeo el compromiso asumido por cada profesional asistencial, en el reporte de los eventos originados bajo su labor, analiza la participación y el dinamismo de la unidad frente a los eventos.

Percepción de la seguridad del paciente.

Pronovost, Weast, CG.et al. (2003, pp. 405-410), información obtenida de la cultura de seguridad sondea la conciencia del personal en lo referente a impulsar la

seguridad en el cual verifica si es consciente su importancia al no poner en riesgo frente a presiones que se originan por la demanda, para evaluar las percepciones del personal sobre la seguridad organizacional de tal modo que evalúa las percepciones seguridad opera como una prioridad, el uso de protocolos y ser consciente del éxito y riesgos de su propia labor.

Expectativas y acciones de la Dirección/supervisión de la Unidad/servicio que favorecen a la seguridad.

Pronovost, Weast, CG et al. (2003, pp. 417- 421), las expectativas para promover la seguridad del paciente en la atención médica, explora la toma de conciencia del supervisor o director de la unidad o servicio en la seguridad la comunicación con personal asistencial es de mucha importancia que debe tener el profesional de la

Salud aun sobre presiones por demanda, uso de protocolos que puedan hacer un lento accionar y los riesgos de la misma labor de atención.

Aprendizaje organizacional o mejoras continuas

Las comunicaciones y la fiabilidad, es la característica principal proceso, permiten que los más informados sobre un proceso tomen decisiones y Analiza las acciones de la dirección o supervisión de la unidad o servicio sobre las mejoras, correcciones y evaluación a partir de eventos generados, en otras palabras, mide la autorregulación del sistema mediante la retroalimentación del aprendizaje a partir de los errores.

Trabajo en equipo dentro de las unidades

Reason (2000) y Agencia para la investigación y calidad en salud AHQR (2005). El trabajar en equipo en el estudio de la seguridad salud se ha adoptado como un elemento clave de la seguridad la evidencia del trabajo en equipo en equipo y mejora la comunicación de una cultura segura, analiza el grado de participación, cooperación y coordinación de las unidades frente a la atención al paciente.

Grado de comunicación en su servicio

Analiza la libertad de comunicación del personal para con su dirección en la unidad, la franqueza en la comunicación del personal hacia su jefatura refleja la conciencia de sus partes y la flexibilidad del sistema.

Trabajo en equipo entre de las Unidades.

Analiza el clima de cooperación y respeto del personal asistencial de la unidad trabajando en equipo el cual lleva a un trabajo en conjunto como una sola unidad el cual es provechoso para la seguridad en la atención al paciente.

Transferencias y transacciones

Analiza la fluidez de la información y el enlace entre unidades de servicios dentro la institución frente a la atención al paciente.

Dotación del personal

Para Mérida y Moreno (2012) menciona: El personal elegible de los recursos humanos coordinación dentro de la institución para cumplir de los servicios la formación en trabajo en equipo mejora la comunicación y la cultura de seguridad, se analiza la respuesta de la dirección frente a un exceso de demanda por el servicio, de forma indirecta muestra la cobertura de la demanda del servicio de la unidad y su implicancia en la seguridad.

Apoyo que dan los administradores sobre la seguridad del paciente

Analiza el comportamiento de la dirección frente a los eventos generados y el clima que propicia en lo referente a la seguridad hacia el paciente

Trabajo en equipo entre las unidades

El trabajo de equipo debe ser eficaz dentro la asistencia de atención de salud, que logre alcanzar un impacto positivo en la seguridad del paciente. La trascendencia del trabajo en equipo en la atención clínica está incrementándose debido a factores de alta complejidad y especialización en la atención. Él trabaja en equipo intenta disminuir errores prioriza el desarrollo de la comunicación efectiva del entorno.

Problemas en cambio de turnos

En esta parte se analiza la importancia de las sanciones sobre el sistema de seguridad y el uso de ellas.

Definiciones de eventos adversos

Es un término que hace referencia a un hecho que se da de forma inesperada y modifica las circunstancias que rodean al mismo. De hecho, ya de por sí el concepto tiene el tinte de un suceso que sale de lo planeado, se hace mención el uso del término: Evento adverso para poner énfasis en el resultado negativo de lo inesperado.

Para nuestro caso, un Evento Adverso (EA), cumple con las siguientes características: (a) Se produce lesiones que son atribuibles directamente a la acción de la atención que involucra el ambiente y praxis del personal asistencial. (b) La intencionalidad del hecho es originada de modo involuntaria

La OMS, señaló que la ausencia de peligro y deterioro potencial asociado con la atención primaria del paciente, se basa en el conjunto de elementos estructurales, mediante procesos, herramientas y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas minimizando el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención primaria de la salud o de mitigar los daños.

Espinal, Yepes y García (2010), como resultado de la investigación de mejoras de la calidad de sus procesos y servicios describe los conceptos:

Estados Unidos: “Se definen como evento adverso a la lesión como resultado de la mala praxis médica del paciente, la lesión puede ir desde la incapacidad del paciente, la prolongada de la hospitalización hasta la muerte” (BMJ 2000 pp.741-744).

Reino Unido: “Evento adverso es la lesión como resultado de una mala praxis causada por un personal asistencial de la salud el evento adverso puede ser anticipado si se presta la atención si se presta la atención de acuerdo a las normas del cuidado hospitalario” (.BMJ 2001 pp.322-517-519).

Australia: “Evento adverso es el daño no intencionado producido por una mala praxis de un acto médico” (N Engl J Med. 1991, pp.324-370-3769).

Canadá: “Evento adverso se considera a una mala praxis médico que debe ser reconocido e informado por el personal asistencial de los servicios de salud, con una autocrítica que contrarreste los errores de la atención”. (.BMJA 1999; 170:pp. 411-415).

Nueva Zelanda: “Eventos adversos o mala praxis proporcionan una inseguridad al paciente y por una inadecuada atención de calidad en los hospitales, se le atribuye la negligencia médica por una mala atención y debe ser reportado en forma oportuna y evitar daño adverso”. (The New Zealand Medical Journal 115:1167:pp. 1-9).

Colombia: “Eventos adversos son lesiones o tropiezos involuntarias que suele suceder en una atención de los servicios de la salud, se atribuyen a esta la enfermedad subyacente, hasta puede llevar a la muerte, el desatendido del gobierno así como el deterioro de la salud y del paciente” anexo técnicas resolución 1446 de 2006).

Así mismo menciona el muro de seguridad de las prácticas seguras surgidas de los análisis a causa de eventos adversos: (a) garantizar una adecuada atención limpia y segura, (b) evitar errores en la administración de medicamentos, (c) evitar las malas praxis y la mala atención al factor humano: cansancio, comunicación y preparación, (d) evitar descenso a los pacientes, (e) reporte oportuno de los pacientes, y (f) uso seguro de los avances tecnológicos.

Hacia una cultura de seguridad del paciente.

Espinal, Yepes y García (2010), define: “la atención en los sistemas de salud debe reducir al mínimo los riesgos a los pacientes, el canje de un ordenamiento hacia el estudio de cultura de seguridad del paciente es fundamental, más a las organizaciones de tener profesionales competentes y preocupados por el tema de la seguridad del paciente, la formación de dirigir, la evolución constructiva no punitiva, de la incorporación del personal lleva a una institución inteligente, con soluciones, que identifican el problema, haciendo práctica de estrategias de prevención y desarrollo de sus habilidades así como aprender de los errores” (p.25).

Así, mismo la cultura seguridad del paciente “se define a la seguridad del paciente al grupo de elementos estructurales, procesos herramientas y metodologías basadas en evidencias probadas que proponen por minimizar al sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud y mitigando sus resultados” (p.32).

La higiene de las manos es una acción muy sencilla con la que pueden reducirse considerablemente.

Para asegurar el bienestar del paciente es muy recomendable mantener una higiene de vida de nuestras manos, ya que estas son las que harán el trabajo.

Son varios casos vistos en la cual las infecciones del paciente empeoran por la irresponsabilidad de mantener debidamente limpias las manos de los médicos. El cuidado debido de las manos es un principio de la cultura que los médicos poseen en su área laboral. a lo que nos referimos con cultura es el principio de normas que todos los miembros deben de seguir para que así cumplir debidamente el objetivo de todo médico que es: “No dañar al paciente y ayudarlo a su pronta mejora”. Evidentemente la higiene debida del personal está ligada con la garantía del respalda de salud del paciente, porque si no se tiene en cuenta esta norma primordial el trabajo no saldrá tal como se espera.

No solo es importante mantener limpias las manos sino también cuidar la debida limpieza de los materiales con la que se va a emplear en el trabajo, como jeringas, sangre, y materiales quirúrgicos. Si no se sigue esta pauta la vida del paciente estará en riesgo ya que puede contraer una infección más grave de la que poseía.

Enfoques conceptuales para una política nacional de calidad en salud.

Lo principal que se debe de tomar en cuenta en un centro médico es la debida atención al paciente para sí brindar una seguridad en su salud.

La calidad en salud debe ser el principio primordial que deben de tener cada uno de los médicos a nivel nacional ya que esto significa darle una calidad de vida al paciente para que este principio funcioné debidamente se debe utilizar varias estrategias para que así la pronta recuperación del paciente sea la más segura. Los

pobladores necesitan tener una atención debida que les permita tener una vida plena y digna como de cualquier humano. Las instituciones que proveen este tipo de servicio ya sea públicas o privadas están principalmente interesadas en la exigencia de una mejor calidad para sí brindar al paciente una mejor y una mejor salud.

Calidad en salud como expresión de derecho a la salud.

El derecho la poseemos todos y uno de estos es el de una salud, atención debida para sí brindar una mejor forma debida. La salud es un derecho fundamental e inalienable que nadie nos puede quitar. Por eso es que los centros médicos poseen este principio de ofrecer un servicio debido a los pacientes para así darles una mejor calidad de salud, y de ese modo cumplir con lo que es el derecho de salud.

Toda institución encargada de brindar atención medica tiene como función cumplir con este deber, todos los ciudadanos, de lo contrario estaría faltando a un a derecho universal establecida en “la declaración universal de derechos humanos.

Calidad en Salud como enfoque Gerencial en las organizaciones de salud

Para ofrecer una debida atención de salud al paciente se debe utilizar varias estrategias que brinden una debida mejora en el paciente todas las instituciones que brindan estos servicios tiene la misión de brindar a todos los pacientes una cualidad de vida y mejoría en su salud. Para lograr esto, además de las estrategia que se mencionaron anteriormente, se debe mantener una buena organización de plantel médico.

Calidad en salud como estrategia de desarrollo y mejoramiento de los servicios de salud

Lo que nos referimos a esto es el principio que va a fortalecer una mejor atención del grupo medico hacia los pacientes. Un principio de cualquier centro médico es brindar una calidad de salud a los pacientes. Al realizar este principio no solamente estamos mejorando la salud del paciente sino al mismo tiempo lo estamos utilizando a este principio como una estrategia de desarrollo y mejoramiento en las instituciones.

En estos servicios se debe de demostrar el trabajo eficaz de los médicos no solamente utilizando un tipo de organización sino también estando de la mano de la tecnología para sí tener un mejor resultado.

Principios éticos

Al entrar a un centro médico podemos observar la forma en la cual trabajan los médicos. Esta forma de trabajo está basado en principios éticos en la cual hacen que sus labores tengan un principal objetivo que es el “velar por la salud del paciente y brindarle la seguridad necesaria que se merece”. No solo es el médico quien se encarga de brindar seguridad a los pacientes; sino también, son ellos mismos quienes deben de velar por su salud siguiendo los tratamientos debidos dados por los médicos a quienes acudieron.

Estos principios son parte de la cultura que poseen los médicos; es decir, a los principios en la cual se basan los trabajos que ejercen estos. Esto a su vez, forma la identidad que representa a cada una de los médicos, de la cual refuerza las pautas de comportamiento que estos ejercen a la hora de trabajar. Esta cultura se basa en una prioridad, que como se mencionó anteriormente, es el dar seguridad a los pacientes.

La seguridad como prioridad organizativa.

El Liderazgo

El liderazgo es muy necesario en estos casos ya que, gracias a esto, se puede tener una buena organización laboral. Un buen líder hará que los trabajos de los demás miembros resulten exitosos ya que seguirán los pasos de este. Un ejemplo claro para explicar mejor este punto sería: Una madre siempre enseñara a su hijo que es lo bueno y lo malo, dándole demostraciones o guiándola, para que así, en el futuro, sea una buena persona. Lo mismo pasa en un grupo de médicos. Un líder siempre dará demostraciones a los demás miembros para que así puedan seguir sus pasos y así realizar exitosamente sus misiones laborales.

Para ser un buen líder se tiene que ser visual. A lo que nos referimos en este caso no es a lo físico, sino a la habilidad que esta muestra a los demás miembros a la hora de ejercer su labor, dando así, un ejemplo de cómo se realiza

correctamente un trabajo para que resulte exitoso, Si el nivel de compromiso del líder aumenta, también lo hará el de los demás miembros. Un líder es el ejemplo que los demás miembros toman en cuenta. Como ya se sabe, los líderes son los que mantienen el orden y organización en un grupo. Si este baja su rendimiento, los demás también lo harán. Por eso es muy necesario que un líder siempre mantenga un compromiso en dar lo mejor de sí a la hora de trabajar, porque de lo contrario, puede causar accidentes y dañar la salud de los pacientes.

Responsabilidad compartida

Los líderes siempre deben de hacer recalcar a los demás miembros el significado de responsabilidad compartida. Todos los miembros, incluyendo el líder, deben de cumplir sus responsabilidades para así no afectar el trabajo del grupo. Si hay un error en la misión, no solo uno será el culpable, sino todos. El mismo nombre lo dice. Todos deben de cumplir sus responsabilidades, no solo en lo que se les haya asignado, sino velando por el orden y correcto funcionamiento del grupo. Si todo el grupo cumple con esta pauta, se reducirán el número de errores y aumentara la cantidad de trabajos exitosos.

Aprendizaje organizativo

Un entorno Abierto y sin Castigo

Si uno de los miembros realiza un error, no se le puede castigar, ya que le daría a entender que él es el problema y que está afectando al desarrollo del equipo. Si se hace esto, la confianza del equipo decaería haciendo que el trabajo laboral sea notablemente distinto a cuando si se mantenía aquella relación. Por eso no se debe de castigar, sino conocer mejor las debilidades que el equipo posee, para así talvez poderlo guiar o sino, ponerlo en otra categoría en la cual destaque más.

Colaboración y comunicación interdisciplinaria

Para tener más trabajos exitosos es necesario tener una buena relación de confianza y comunicación entre los miembros del grupo. Esto hará que facilite la planificación, resolución e instauración de objetivos en las misiones dadas al grupo.

Pensamiento Flexible

Para tener mayor eficacia en los procedimientos es necesario tener una mente abierta a nuevos conocimientos. Si tenemos una mente abierta, no nos estancaremos en una sola solución, sino que buscaremos más hasta encontrar una que supere a la otra. Las mayores organizaciones son aquellas que poseen pensamientos flexibles, ya que sus ganas de saber más sobre las cosas que ya saben hacen que no se queden con una sola idea, sino con varias para que así puedan saber más de ellas y conseguir más procedimientos que además de ser rápidos, sean de recuperación rápida en caso de errores.

Interacción entre cultura de calidad y seguridad

Las mejores organizaciones son aquellas que se centran en la realización de problemas sin errores y en encontrar otras soluciones más eficaces de las que ya se conocen. La integración de varias estrategias que presenten tanto de seguridad como de calidad, son las más convenientes para tener un logro exitoso.

Roco y Garrido (2017) define a la “Cultura de Seguridad a los principios; ósea, las normas que un grupo de médicos tiene que seguir para así brindar la seguridad debida al paciente. Este principio es común en todos los médicos. Esto nos servirá también para así prevenir fallos en los procedimientos o detectarlos a tiempo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2008, p.1) define “la cultura de seguridad a la detección de errores a tiempo y a las solución exitosa debida en los casos los médicos se encuentran. En este caso propone lanzar en “La Alianza Mundial para la seguridad del paciente los siguientes propósitos:

Llevar el asunto de las infecciones asociadas con la atención de salud a una campaña denominada “Una atención limpia es atención más segura”.

Proponer una taxonomía de la atención del paciente que ayude a transmitir sucesos desfavorables e difundir las “mejores prácticas”.

Realizar unos sistemas de comunicación y aprendizaje para simplificar el estudio de las causas que producen fallas e impediros.

*Conseguir la colaboración completa de los pacientes en la labor de la alianza.

Hoy nuestro País cuenta con una Política Nacional de Seguridad al Paciente y una Guía Técnica de los Buenos ejercicios, o más bien, de prácticas seguras en medios para lograr comunicar los errores, que muchas veces son los primeros en revelarlas.

National Patient Safety Agency for England and Wales (NPSA) concreto como particularidad de la cultura de seguridad en las instituciones médicas sanitarias.

Abierta: asume el error del sistema como causa de los incidentes.

Justa: No se implantan medidas disciplinarias.

De aprendizaje: Interpreta los accidentes como oportunidades de mejoría.

The Conceptual Framework for the international Classification for patient Safety (WHO 2009), indica renovar la cultura de seguridad de una institución es siempre un desafío complicado hay muchos modos de desarrollarla, incluyendo:

Valoraciones de la condición original.

Establecimiento de equipos, fomento del liderazgo.

Creación de auditorías de protección o utilización del sistema de registro de Incidentes críticos (pp. 27,28)

1.4 Formulación del problema

1.4.1 Problema general

¿Cuál es la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018 mediante el instrumento, versión española Hospital Survey on Patient Safety culture?

1.4.2 Problemas específicos

Problema específico 1.

¿Cuál es la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018, a

nivel personal mediante el instrumento, versión española Hospital Survey on Patient Safety culture?

Problema específico 2.

¿Cuál es la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de villa el Salvador 2018, a nivel de unidad/servicio mediante el instrumento, versión española Hospital Survey on Patient Safety culture?

Problema específico 3.

¿Cuál es la percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de villa el salvador 2018 a nivel del Centro Quirúrgico mediante el instrumento, versión española Hospital Survey on Patient Safety culture?

1.5 Justificación

1.5.1 Teórica

La Agency AHQR, “especifica la cultura de seguridad del paciente a la repuesta de los valores, conductas y percepciones, con secuencias de actitudes de los valores individuales y de conjunto, de las posturas, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que definen la responsabilidad, la manera y la competencia de una institución hacia la salud”.

Oviedo, (2004), “señalo que la percepción es la información interpretada, logra establecer la idea con un único objeto de experimentar diversas cualidades de una misma cosa y fusionarla, garantiza el proceso que la información retomada del ambiente dándole sentido en diversas cualidades”.

1.5.2 Práctica

Para Valderrama (2015), “señala que la investigación propone y ayuda a resolver un problema mediante estrategias que al ser aplicada contribuirá a describir la realidad del problema existente diagnosticando la relación de las variables en estudio como calidad de atención y satisfacción del paciente”. El presente proyecto

de investigación permitirá incrementar los conocimientos a la comunidad. Y será un aporte importante para otros estudios a investigar.

1.5.3 Metodológica

Para Bernal (2010), “señala en un estudio científico, el argumento metodológica del análisis se da cuando del plan por desarrollar sugiere un nuevo táctica o una nueva estrategia para producir conocimiento válido y confiable”. Si un análisis se propone averiguar nuevas tácticas o técnicas para producir conocimientos, busca nuevos modos de hacer investigación, entonces podemos decir que el análisis tiene una justificación metodológica.

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo General

Determinar la percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II, villa el salvador 2018.

1.6.2 Objetivos específicos

Objetivo específico 1.

Determinar la percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del centro quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018 mediante el instrumento, versión española Hospital Survey on Patient Safety culture

Objetivo específico 2.

Determinar la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del centro quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador, ,2018 en su dimensión unidad/servicio descritas por el instrumento, versión española Hospital Survey on Patient Safety culture

Objetivo específico 3.

Determinar la percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del centro quirúrgico del CMI Juan Pablo II de villa el salvador 2018 a nivel del centro quirúrgico descritas por el instrumento, versión española Hospital Survey on Patient Safety culture

II. Método

2.1 Diseño de la investigación

Variable 1: Cultura de seguridad

Peterson (2003), definió, La cultura de seguridad del paciente en su conjunto son una serie de parámetros como normas, costumbres, educación y conciencia del personal involucrado en su asistencia con el efecto de no sumar eventos adversos ajenos a la dolencia por la cual se asiste que puede surgir o surge durante su estadía en la institución de atención; por ende, es importante analizar el comportamiento individual y grupal para formarnos una idea de la cultura del personal en el ámbito de la seguridad.

Diseño no experimental

Hernández et. Al. (2014) determinaron “diseño no experimental es un análisis sistemática y experimental, en las que las variables individuales no se manejan, las inferencias entre variables se contemplan cómo se dan en su contexto natural” (p.152).

En la investigación se recolecto los datos en un solo momento y en un tiempo único, sin manipular las variables, se observó el fenómeno tal como se da en su contexto natural para luego medirlos y analizarlo.

Hernández et al;(2014) indicaron que el diseño de corte transversal, se recolecto los datos en un solo momento, en un tiempo único, con el propósito especificar las variables investigando su incidencia e interrelación en un instante” (p.152).

Hernández, et al. (2014) definieron “el análisis descriptivo tiene como finalidad investigar la incidencia y los valores en que se exponen una o más variables” (p.193)

En la investigación mediante un estudio descriptivo de los datos reunidos con el propósito de describir la relación entre las variables en un determinado momento, con enfoque cuantitativo.

Hernández et al. (2014) “la orientación cuantitativa usa la recolección e información de datos para resolver preguntas de investigación y acreditar hipótesis anticipadamente hechas, cree en el cálculo numérico, el conteo y repetidamente el uso de estadística para implantar precisión patrones de conductas en un pueblo” (p.115)

2.2 Operacionalización de la variable

Tabla 1.

Operacionalización de la variable

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles y Rango
A. Percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial a nivel personal	1.Cultura de seguridad	40-41-42	Discreta	Muy en desacuerdo
	2. Frecuencia de eventos	15-18-10-17		
	3. Expectativas y acciones de la dirección /supervisión unidad /servicio que favorece la seguridad.	19-20-21-22		
B. percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial a nivel de unidad de servicio	4.Aprendizaje organizacional/mejora continua	6-9-13	Discreta	En desacuerdo
	5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio	1-3-4-11		Indiferente
	6. Franqueza en la comunicación			
	7.Feed-back y comunicación sobre errores	35-37-39		De acuerdo
	8.Respuestas no punitivas a errores	34-36-38		
	9. Dotación de personal.	8-12-16		Muy de acuerdo
10.Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente				
C. Percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial a nivel del centro quirúrgica		2-5-7-14	Discreta	
	11. trabajo en equipo en equipo entre unidades/servicio.	23-30-31		
	12. Problemas de cambios de turno.	26-32-24-28		
		25-27-29- 33		

Nota: La fuente fue tomado del Gobierno de España Plan de calidad para el sistema nacional de salud 2009

1.3 Población y muestra

1.3.1 Población

Hernández, et al. (2014) define “La población es el conjunto universal de estudio” (p. 200), clasificando a médicos, enfermeras, obstetrices, técnicos de acuerdo a su profesión, a los que llamamos población, objeto de estudio. La unidad de análisis lo componen los profesionales asistenciales del centro quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador, constituidos: médicos especialistas, médicos generales, internistas, enfermeras, obstetricias, biólogos, tecnólogos médicos, químicos farmacéuticos, técnicos en enfermería, técnicos asistenciales y otros, con una población de 118 profesionales de la salud. La presente investigación se desarrolló en el mes de junio del 2018. La muestra a estudiar está constituida por 88 trabajadores del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de los servicios de gineco-obstetricia, medicina, pediatría, cirugía, sala de operación, anestesiología, servicio de emergencia, unidad de cuidados, consulta externa, laboratorio, farmacia rayos x, imagenología y otros.

1.3.2 Muestra

Hernández, et al. (2014) define “al patrón del subgrupo es un subgrupo de población, es un subconjunto de elementos que pertenecen a ese conjunto definido en sus características al que llamamos población” (p.202).

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

N = tamaño poblacional

Z = nivel de confianza

p = proporción

e = error estándar = 0,05

Se solicitó el permiso a la Jefatura del CMI Juan Pablo II, de acuerdo con las consideraciones éticas del estudio, se comunicó el objetivo de la investigación, se recolectó la información de forma voluntaria para el desarrollo de la investigación, teniendo como variable la cultura de seguridad del paciente.

Ese estudio comprende tres etapas:

Se aplicó al personal asistencial un cuestionario auto suministrado, que evalúa la cultura de seguridad del paciente del profesional asistencial de la salud en su versión española AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture a nivel personal.

Se aplicó el cuestionario auto- suministrado, que evalúa la cultura de seguridad del paciente del profesional asistencial de la salud a nivel de unidad /servicio en su versión española AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture.

Se aplicó el cuestionario auto- suministrado, que evalúa la cultura de seguridad del paciente del profesional asistencial de la salud a nivel del centro quirúrgico en su versión española AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture.

Criterio de inclusión

A todo el personal asistencial y auxiliar que aceptaron participar en la investigación de forma de manera voluntaria.

Criterios de exclusión

Los criterios de exclusión fueron no aceptar participar en el estudio y no tener contacto con pacientes en sus actividades profesionales dentro de la institución

Instrumento

El instrumento que mide la cultura de seguridad del personal asistencial en su versión española AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture es adaptado por el Gobierno de España a través del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia, para analizar de manera confiable las conductas y actitudes de los trabajadores en el área de salud relacionado con la seguridad del paciente, numero de eventos notificados en el último año y variables socio-profesional. Clasifica a las respuestas en tres categorías:

Tabla 2.

Clasificación de las categorías según AHRQ

Tipo de categoría	Tipo de respuesta
Negativo	Muy en desacuerdo, en desacuerdo, nunca, rara vez
Neutro	Ni de acuerdo ni en desacuerdo, algunas veces, rara vez
Positivo	Muy de acuerdo, de acuerdo, la mayoría del tiempo, siempre

Tabla 3.

Dimensiones de la variable de análisis

D1: Resultados de la Cultura de seguridad a nivel personal.	
1. Frecuencia de eventos notificados	3 ítems
2. Cultura de seguridad	4 ítems
D2: Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel unidad / servicio	
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad que favorecen la unidad	4 ítems
4. Aprendizaje organizacional / mejora continua	3 ítems
5. Trabajo en equipo en la unidad / servicio	4 ítems
6. Franqueza en la comunicación	3 ítems
7. Feed back y comunicación sobre errores	3 ítems
8. Respuestas no punitivas a errores	3 ítems
9. Dotación de personal	4 ítems
10. Apoyo de la gerencia del Hospital en la seguridad del paciente	3 ítems
D3: Dimensión de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital	
11. Trabajo en equipo entre unidades /servicios	4 ítems
12. Problemas en cambio de turno y transiciones entre Servicio/Unidad	4 ítems

Nota: Gobierno de España Plan de Calidad para el sistema Nacional de Salud

Validez del instrumento

Este instrumento ha sido validado en diferentes países e idiomas con propiedades psicométricas probadas y fiables en la educación de la seguridad por el profesional asistencial de la salud, identificando fortalezas y debilidades. Se aplicó este cuestionario auto administrado, compuesto por 42 ítems propios del instrumento más 9 preguntas complementarias referidas a variables sociodemográficas. La validez de cada ítem se desarrolló por medio de una escala de tipo Likert de 5 categorías, de acuerdo con las diferentes secciones constituye el instrumento, la Agency For Healthcare Research and Quality (AHRQ 2009) respaldó la investigación de "Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey" de Estados Unidos. Para validar la fiabilidad del instrumento se analizaron 21,496 cuestionarios como prueba piloto con sus 12 dimensiones, luego de experiencias y modificaciones del instrumento se distribuyó en 42,249 trabajadores de un hospital para veracidad de la fiabilidad o coeficiente alfa de Cronbach y sus resultados entre 0.50 a 0.89.

1.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

El personal que participo en dicha encuesta lo hizo de manera voluntaria previo llenado de consentimiento, ver anexo 4.

El trabajo de campo se convocó a través de los diferentes jefes de áreas, los profesionales fueron reunidos en el auditorio del CMI Juan Pablo II, en el horario de 12:00 a 16:00 horas, ya que nuestro establecimiento está siendo evaluado por el Ministerio de Salud como establecimiento piloto en el distrito de Villa El Salvador; al finalizar la capacitación se entregó al personal una encuesta relacionada con la cultura de seguridad del paciente.

Para la recopilación de la información se aplicó el mecanismo sondeo auto suministrado al personal asistencial del centro quirúrgico del CMI Juan Pablo II que determina la cultura de seguridad del personal profesional del sector salud Agency instrumento, versión española AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture.

Este instrumento es una herramienta para examinar de manera fiable las conductas y actitudes de los trabajadores el área de salud, relacionada con la seguridad del paciente, este instrumento nos permite valorar la clasificación.

El presente estudio de investigación está dirigido a fijar una línea de base sobre la seguridad del paciente del personal asistencial, mediante un estudio cuantitativo por que personifica a un grupo de procedimientos creándose metas, interrogantes planteando soluciones, calculando las variables en un ambiente definido mediante métodos estadísticos global de las preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente, clasificando en 3 categorías.

Validez

Tabla 4.

Resultado del juicio de expertos respecto a la validez del instrumento utilizado

Experto	Grado	Opinión
Sánchez Aguirre, Flor de María	Doctora	Favorable
Sánchez de la Cruz, Edith Elvira	Maestra	Favorable
Góngora Jara, Eufemia Cristina	Maestra	Favorable

Nota: Documentación obtenida de los certificados de la autenticidad de esta herramienta.

Confiabilidad

Tabla 5.

Confiabilidad de las magnitudes contenidas en esta herramienta

Alfa de Cronbach	Nº de elementos
.879	42

Fuente: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO, Cuestionario sobre seguridad de los pacientes, Versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: 2005 ((*): > 0.6: aceptable; >0,7: buena; > 0.8: excelente).

Las dimensiones de la escala se calculan aplicando la siguiente formula:

$$\frac{\sum \text{número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$$

Clasificar un Ítem o una dimensión como fortaleza	Clasificar un Ítem o una dimensión como fortaleza
≥ 75% respuestas positivas	≥ 50% de respuestas negativas
≥ 75% respuestas negativas	≥ 50% de respuestas positivas

Métodos de análisis de datos

En los procedimientos estadísticos utilizados se establece una base de datos en Microsoft Excel, donde se insertan las variantes del instrumento asignando un puntaje numérico para cada una de las respuestas de la escala tipo Likert encontradas en el instrumento. Las secciones A y B: 1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 indiferente, 4 de acuerdo, 5 siempre. Para las secciones C y D: 1. nunca, 2 casi nunca, 3 a veces, 4 casi siempre.

Los datos estadísticos fueron analizados con un método descriptivo exploratorio usando el IBM SPSS v. 24, recolectados del personal asistencial a través del instrumentos, se analizados mediante el procedimiento descriptivo exploración, se aplicado el sondeo y los datos estadísticos fueron procesado por una base de datos Excel en tablas y gráficos de la variable y las dimensiones.

2.5. Aspectos éticos

Se contempló el anonimato y la confidencialidad, la participación del personal fue voluntaria, con la aplicación del instrumento en estudio se buscó la percepción del personal asistencial en seguridad del paciente, donde fueron los principales beneficiarios la población.

Para la aplicación del instrumento se contó con el apoyo de la Jefatura del CMI Juan Pablo II y de los jefes de servicio, con la finalidad de que sea este trabajo de investigación aplicado en todo centro asistencial.

III. Resultados

3.1 Resultados descriptivos

Objetivo general: Descripción de los resultados de la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa El Salvador 2018

Tabla 6.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad, CMI Juan Pablo II

Percepción de cultura de seguridad	Frecuencia	Porcentaje válido
Negativo	25	28.4
Positivo	63	71.6
Total	88	100.0

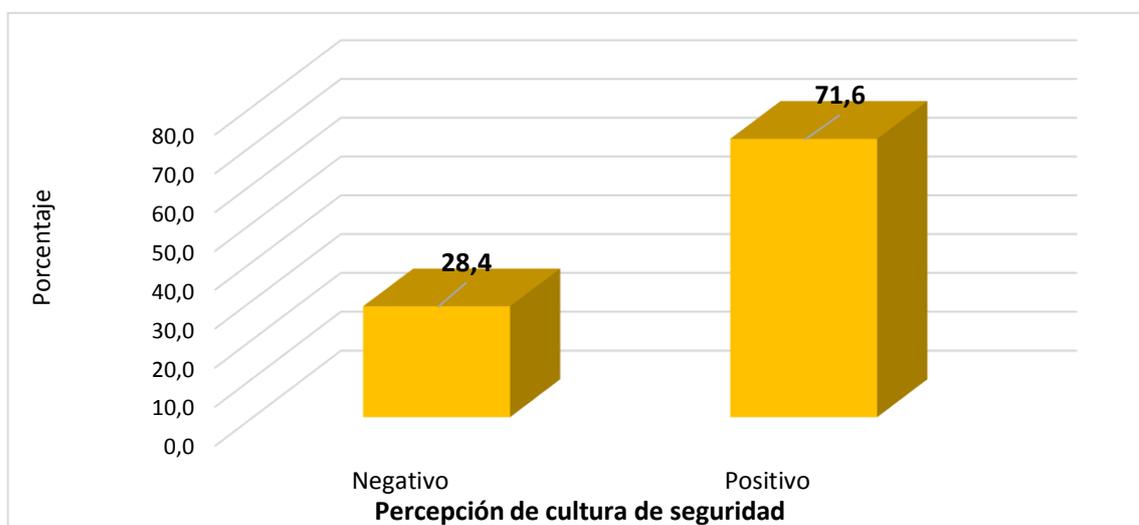


Figura 3. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad, CMI Juan Pablo II.

En la tabla 6 figura 3 se observó que se obtuvo un porcentaje menor al 75% de respuestas positivas (71,6%), lo que, de acuerdo con el instructivo del instrumento, el resultado se traduce en: Por mejorar.

Cultura de seguridad por servicio

Tabla 7.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad por servicio del CMI Juan Pablo II

Servicio	Negativo		Positivo		Total	Decisión final
	n	%	n	%		
Cirugía	1	50.0	1	50.0	2	Por mejorar
Sala de operaciones	1	50.0	1	50.0	2	Por mejorar
Anestesiología	0	0.0	1	100.0	1	Fortaleza
Gineco-obstetra	3	25.0	9	75.0	12	Fortaleza
Pediatría	0	0.0	1	100.0	1	Fortaleza
Servicios de emergencia	3	21.4	11	78.6	14	Fortaleza
Farmacia	1	20.0	4	80.0	5	Por mejorar
Laboratorio	1	16.7	5	83.3	6	Fortaleza
Sala de partos	3	20.0	12	80.0	15	Fortaleza
Radiología	0	0.0	2	100.0	2	Fortaleza
Imagenología	2	100.0	0	0.0	2	Por mejorar
Cardiología	1	100.0	0	0.0	1	Por mejorar
Diversos	10	40.0	15	60.0	25	Por mejorar

En la tabla 7 se observó que de los 13 servicios (áreas), siete de ellos (anestesiología, gineco-obstetra, pediatría, emergencia, laboratorio, sala de partos y radiología) tuvieron porcentajes de respuestas positivas superiores a 75%, por lo tanto, se tomó la decisión de calificarlos como Fortaleza. Por otro lado, las seis restantes (cirugía, sala de operaciones, farmacia, imagenología, cardiología y diversos) no lograron este porcentaje de respuestas positivas, por lo tanto, se clasificaron como Por Mejorar. Esto lleva a pensar que mayoritariamente los servicios del CMI Juan Pablo II si tienen la calificación de Fortaleza, aunque preocupan las áreas que no tuvieron esta categorización.

Cultura de seguridad por Género

Tabla 8.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad por género de los encuestados del CMI Juan Pablo II

Género	Negativo		Positivo		Total	Decisión final
	N	%	n	%		
Masculino	13	32.5	27	67.5	40	Por mejorar
Femenino	12	25.0	36	75.0	48	Fortaleza

En la tabla 8 se observó que los encuestados del género femenino tuvieron la clasificación de Fortaleza, mientras que los encuestados del género masculino tuvieron la clasificación Por Mejorar.

Cultura de seguridad por edad

Tabla 9.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad por edad de los encuestados del CMI Juan Pablo II

Edad	Negativo		Positivo		Total	Decisión final
	N	%	n	%		
30 – 40	7	29.2	17	70.8	24	Por mejorar
41 – 50	12	29.3	29	70.7	41	Por mejorar
51 a más	6	26.1	17	73.9	23	Por mejorar

En la tabla 9 se observó que todos los encuestados tuvieron la clasificación de Por Mejorar, debido a que no superaron el umbral del 75% en las respuestas positivas.

Objetivo Específico 1: Percepción de la cultura de seguridad del paciente a nivel personal de los encuestados asistenciales del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa El Salvador 2018

Tabla 10.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal en el CMI Juan Pablo II

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje válido
Negativo	25	28.4
Positivo	63	71.6
Total	88	100.0

En la Tabla 10 y en la Figura 4 se observó que tuvieron un 71,6% de respuestas positivas no superando el umbral mínimo requerido, razón por la cual se la clasifica como Por Mejorar.

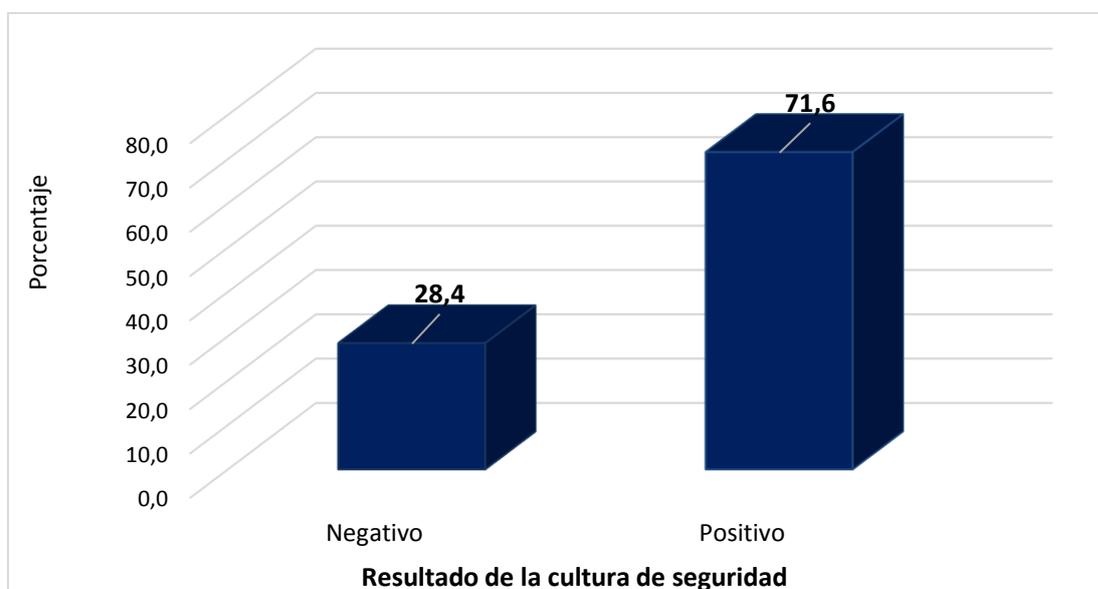


Figura 4. Distribución de frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal en el CMI Juan Pablo II.

En la Tabla 10 y en la Figura 4 se observó que tuvieron un 71,6% de respuestas positivas no superando el umbral mínimo requerido, razón por la cual se la clasifica como Por Mejorar.

Cultura de seguridad por servicio

Tabla 11.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal en los servicios del CMI Juan Pablo II.

ÁREA	Negativo		Positivo		Total	Decisión final
	n	%	n	%		
Cirugía	1	50.0	1	50.0	2	Por mejorar
Sala de operaciones	1	50.0	1	50.0	2	Por mejorar
Anestesiología	1	100.0		0.0	1	Por mejorar
Gineco-obstetra	3	25.0	9	75.0	12	Fortaleza
Pediatría	1	100.0	0	0.0	1	Por mejorar
Servicios de emergencia	3	21.4	11	78.6	14	Fortaleza
Farmacia	1	20.0	4	80.0	5	Fortaleza
Laboratorio	1	16.7	5	83.3	6	Fortaleza
Sala de partos	3	20.0	12	80.0	15	Fortaleza
Radiología	2	100.0	0	0.0	2	Por mejorar
Imagenología	0	0.0	2	100.0	2	Fortaleza
Cardiología	1	100.0	0	0.0	1	Por mejorar
Diversos	10	40.0	15	60.0	25	Por mejorar

En la tabla 11 se observó que de los 13 servicios (áreas), seis de ellas (Gineco-obstetra, Servicios de emergencia, Farmacia, Laboratorio, Sala de partos, y Imagenología) tuvieron porcentajes de respuestas positivas superiores a 75%, por lo tanto, se tomó la decisión de calificarlos como Fortaleza. Por otro lado, las siete restantes (Cirugía, Sala de operaciones, Anestesiología, Pediatría, Radiología, Cardiología y Diversos) no lograron este porcentaje de respuestas positivas, por lo tanto, se clasificaron como Por Mejorar. Esto lleva a pensar que mayoritariamente a nivel personal, en los servicios del CMI Juan Pablo II se tiene la calificación de Por Mejorar.

Cultura de seguridad por género

Tabla 12.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal por género de los encuestados del CMI Juan Pablo II.

Género	Negativo		Positivo		Total	Decisión Final
	n	%	n	%		
Masculino	14	35.0	26	65.0	40	Por mejorar
Femenino	11	22.9	37	77.1	48	Fortaleza

En la tabla 12 se observó que los encuestados del género Femenino tuvieron la clasificación de Fortaleza, mientras que los encuestados del género Masculino la clasificación estuvieron en la clasificación Por Mejorar.

Cultura de seguridad por edad

Tabla 13.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal por edad de los encuestados del CMI Juan Pablo II.

Edad	Negativo		Positivo		Total	Decisión Final
	n	%	n	%		
30 - 40	9	37.5	15	62.5	24	Por mejorar
41 - 50	11	26.8	30	73.2	41	Por mejorar
51 a más	5	21.7	18	78.3	23	Fortaleza

En la tabla 13 se observó que los encuestados de 30 a 50 años de edad tuvieron la clasificación de Por Mejorar, debido a que no superaron el umbral del 75% en las respuestas positivas. Mientras que los encuestados de 51 años a más si superaron el umbral clasificándose como Fortaleza.

Objetivo Específico 2: Percepción de la cultura de seguridad del paciente a nivel de servicio del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de villa el salvador 2018.

Tabla 14.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel del servicio en el CMI Juan Pablo II.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje válido
Negativo	18	20.5
Positivo	70	79.5
Total	88	100.0

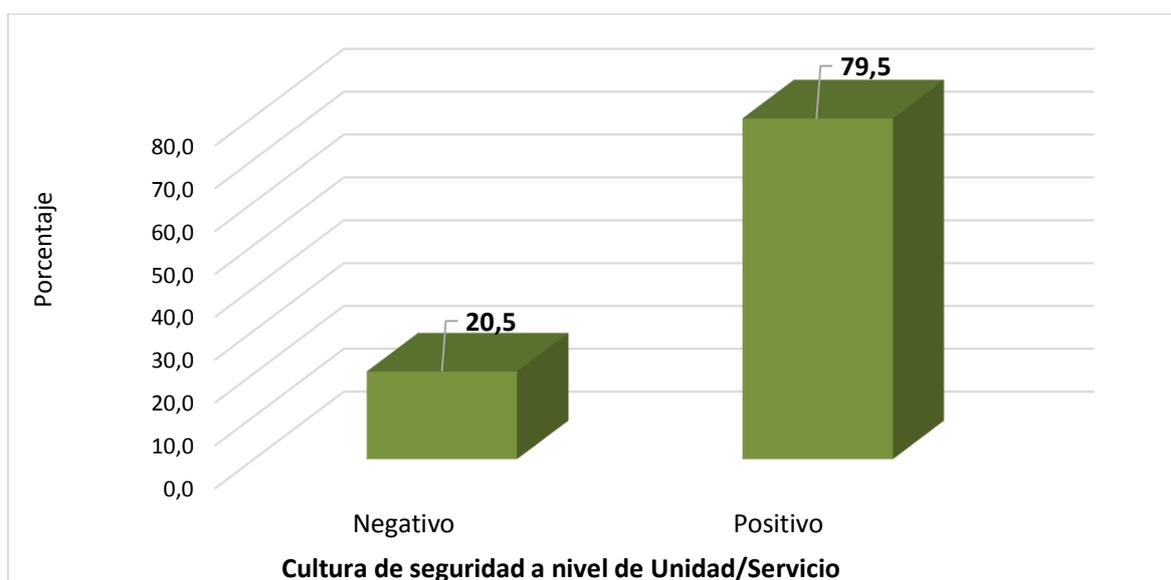


Figura 5. Distribución de frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel del servicio en el CMI Juan Pablo II.

En la Tabla 14 y en la Figura 5 se observó que tuvieron un 79,5% de respuestas positivas superando el umbral mínimo requerido, razón por la cual se la clasifica como Fortaleza.

Cultura de seguridad por área

Tabla 15.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel de servicio en los servicios del CMI Juan Pablo II.

ÁREA	Negativo		Positivo		Total	Decisión final
	n	%	n	%		
Cirugía	1	50.0	1	50.0	2	Por mejorar
Sala de operaciones	1	50.0	1	50.0	2	Por mejorar
Anestesiología	0	0.0	1	100.0	1	Fortaleza
Gineco-obstetra	1	8.3	11	91.7	12	Fortaleza
Pediatría	0	0.0	1	100.0	1	Fortaleza
Servicios de emergencia	3	21.4	11	78.6	14	Fortaleza
Farmacia	1	20.0	4	80.0	5	Fortaleza
Laboratorio	1	16.7	5	83.3	6	Fortaleza
Sala de partos	2	13.3	13	86.7	15	Fortaleza
Radiología	0	0.0	2	100.0	2	Fortaleza
Imagenología	2	100.0	0	0.0	2	Por mejorar
Cardiología	0	0.0	1	100.0	1	Fortaleza
Diversos	6	24.0	19	76.0	25	Fortaleza

En la tabla 15 se observó que de los 13 servicios (áreas), 10 de ellas (Anestesiología, Gineco-obstetra, Pediatría, Servicios de emergencia, Farmacia, Laboratorio, Sala de partos, Radiología, Cardiología, Diversos) tuvieron porcentajes de respuestas positivas superiores a 75%, por lo tanto se tomó la decisión de calificarlos como Fortaleza. Por otro lado, las tres (03) restantes (Cirugía, Sala de operaciones e Imagenología) no lograron este porcentaje de respuestas positivas, por lo tanto se clasificaron como Por Mejorar. Esto lleva a pensar que mayoritariamente a nivel de servicio, en las áreas del CMI Juan Pablo II se tiene la calificación de Fortaleza.

Cultura de seguridad por género

Tabla 16.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel de servicio por género de los encuestados del CMI Juan Pablo II.

Género	Negativo		Positivo		Total	Decisión Final
	n	%	n	%		
Masculino	9	22.5	31	77.5	40	Fortaleza
Femenino	9	18.8	39	81.3	48	Fortaleza

En la tabla 16 se observó que tanto los encuestados del género Femenino y Masculino tuvieron la clasificación de Fortaleza.

Cultura de seguridad por edad

Tabla 17.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal por edad de los encuestados del CMI Juan Pablo II.

Edad	Negativo		Positivo		Total	Decisión Final
	n	%	n	%		
30 - 40	4	16.7	20	83.3	24	Fortaleza
41 - 50	9	22.0	32	78.0	41	Fortaleza
51 a más	5	21.7	18	78.3	23	Fortaleza

En la tabla 17 se observó que todos los encuestados de superaron el umbral del 75% en las respuestas positivas, clasificándose como Fortaleza a nivel de servicio en el CMI Juan Pablo II.

Objetivo Específico 3: Percepción de la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital CMI Juan Pablo II de villa el salvador 2018.

Tabla 18.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel del Hospital en el CMI Juan Pablo II.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje válido
Negativo	55	62.5
Positivo	33	37.5
Total	88	100.0

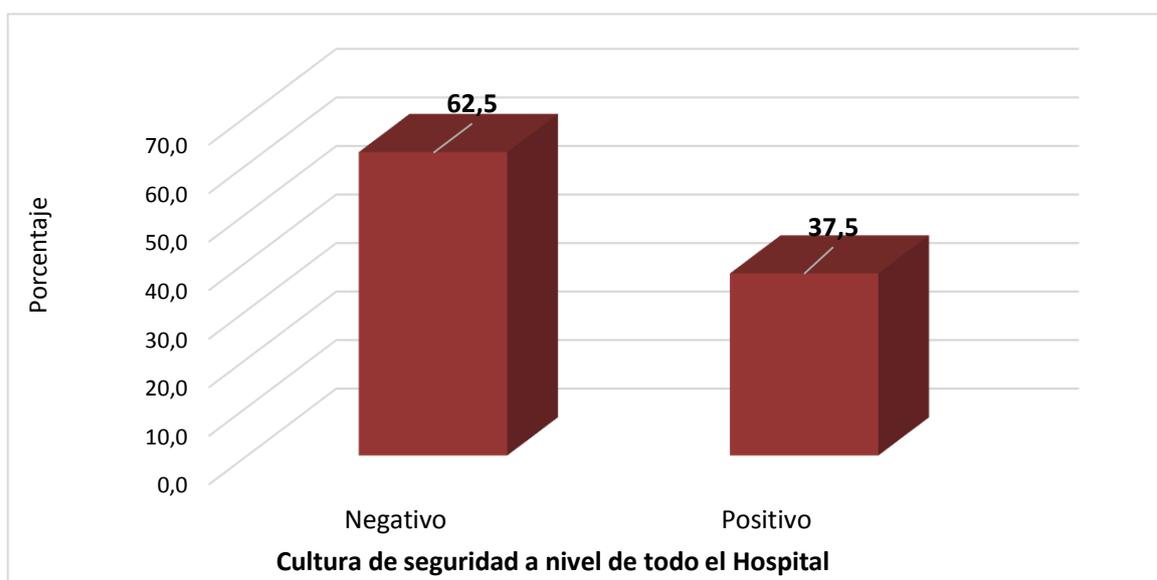


Figura 6. Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel del Centro Quirúrgico en el CMI Juan Pablo II.

En la Tabla 18 figura 6 se observó que se obtuvo un porcentaje menor al 75% de respuestas positivas (37,5%), lo que, de acuerdo con el instructivo del instrumento, el resultado se traduce en: Por mejorar a nivel del Hospital.

Cultura de seguridad por área

Tabla 19.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel del Hospital del CMI Juan Pablo II.

ÁREA	Negativo		Positivo		Total	Decisión final
	n	%	n	%		
Cirugía	1	50.0	1	50.0	2	Por mejorar
Sala de operaciones	2	100.0	0	0.0	2	Por mejorar
Anestesiología	0	0.0	1	100.0	1	Fortaleza
Gineco-obstetra	7	58.3	5	41.7	12	Por mejorar
Pediatría	0	0.0	1	100.0	1	Fortaleza
Servicios de emergencia	8	57.1	6	42.9	14	Por mejorar
Farmacia	3	60.0	2	40.0	5	Por mejorar
Laboratorio	0	0.0	6	100.0	6	Fortaleza
Sala de partos	10	66.7	5	33.3	15	Por mejorar
Radiología	2	100.0	0	0.0	2	Por mejorar
Imagenología	2	100.0	0	0.0	2	Por mejorar
Cardiología	1	100.0	0	0.0	1	Por mejorar
Diversos	19	76.0	6	24.0	25	Por mejorar

En la tabla 19 se observó que de los 13 servicios (áreas), tres (3) de ellas (Anestesiología, Pediatría y Laboratorio) tuvieron porcentajes de respuestas positivas superiores a 75%, por lo tanto se tomó la decisión de calificarlos como Fortaleza. Por otro lado, las 10 restantes (Cirugía, Sala de operaciones, Gineco-obstetra, Servicios de emergencia, Farmacia, Sala de partos, Radiología, Imagenología, Cardiología y Diversos) no lograron este porcentaje de respuestas positivas, por lo tanto se clasificaron como Por Mejorar. Esto lleva a pensar que mayoritariamente a nivel personal, en el CMI Juan Pablo II se tiene la calificación de Por Mejorar

Cultura de seguridad por género

Tabla 20.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad.

Genero	Negativo		Positivo		Total	Decisión Final
	n	%	n	%		
Masculino	28	70.0	12	30.0	40	Por mejorar
41 - 50	27	56.3	21	43.8	48	Por mejorar

En la tabla 20 se observó que todos los encuestados tuvieron la clasificación de Por Mejorar a nivel del Hospital, debido a que no superaron el umbral del 75% en las respuestas positivas.

Cultura de seguridad por edad

Tabla 21.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal por edad de los encuestados del CMI Juan Pablo II.

Edad	Negativo		Positivo		Total	Decisión Final
	n	%	n	%		
30 - 40	14	58.3	10	41.7	24	Por mejorar
41 - 50	27	65.9	14	34.1	41	Por mejorar
51 a más	14	60.9	9	39.1	23	Por mejorar

En la tabla 21 se observó que todos los encuestados tuvieron la clasificación de Por Mejorar a nivel del Hospital, debido a que no superaron el umbral del 75% en las respuestas positivas.

IV. Discusión

Después de recopilar datos a través de la encuesta al personal involucrado en la atención del paciente en el Centro Quirúrgico CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador, esta arrojó información interesante de la gestión dirigida a la seguridad del paciente que hay que examinar con mucho detenimiento.

Respecto al resultado general percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, se obtuvo un resultado general Por mejorar, teniendo mayoritariamente una calificación de Fortaleza en sus áreas de servicios, de las cuales la mayoría fue del género femenino. Respecto al rango etario todos los encuestados se clasificaron Por Mejorar, lo que en efecto es coincidente con los reportes de Ramos, Coca y Avendaño (2017), aunque teniendo en cuenta que el resultado de estos investigadores fue mucho más ligero en sus descripciones, como también lo realizaron López, Puentes y Ramírez (2016) en su investigación respectiva.

En el objetivo específico 1, respecto a la percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, a nivel personal, se obtuvo un resultado general Por mejorar, teniendo mayoritariamente la misma calificación en sus áreas de servicios, de las cuales la mayoría fue del género femenino. Respecto al rango etario, solamente los comprendidos en el rango etario de 51 a más años se clasificaron como Fortaleza, coincidiendo parcialmente con los resultados López, Puentes y Ramírez (2016), aunque solamente a nivel de resultado de variable, distando en las dimensiones que planteó esta tesis.

En el objetivo específico 2, respecto a la percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, a nivel de unidad o servicio, se obtuvo un resultado general de Fortaleza, teniendo mayoritariamente la misma calificación en sus áreas de servicios, tanto del género femenino y masculino y todos los rangos etarios, coincidiendo también con los resultados obtenidos por Erazo, Pabón, Choque y Arroyo (2016), cuando tuvieron resultados referidos a la variable de manera general, aunque es rescatable lo que señalaron hacer crítica frente a las demandas laborales, expresando cansancio laboral y muchas horas de trabajo de los trabajadores, como bien podría hacerse en próximos trabajos de investigación.

Finalmente, en el objetivo específico 3, respecto a la percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, a nivel de hospital, se obtuvo un resultado general de Por Mejorar, teniendo mayoritariamente la misma calificación en sus áreas de servicios, tanto del género femenino y masculino y todos los rangos etarios, teniendo similitud con lo determinado por Avilés (2015), cuando señalaron que tuvieron respuesta positivas a 60%; dando como resultado a la misma categoría que se encontró en esta tesis. Aunque, sería interesante hacer un estudio más ampliado, pudiendo extender hacia los trabajadores administrativos, tal como lo hizo Giraldo y Montoya (2013), siendo una nueva oportunidad para futuras pesquisas en este mismo rubro académico.

V. Conclusiones

- Primero: Respecto a la percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, se obtuvo un resultado general Por mejorar, teniendo mayoritariamente una calificación de Fortaleza en sus áreas de servicios, de las cuales la mayoría fue del género femenino. Respecto al rango etario todos los encuestados se clasificaron Por Mejorar.
- Segundo: Respecto a la percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, a nivel personal, se obtuvo un resultado general Por mejorar, teniendo mayoritariamente a misma calificación en sus áreas de servicios, de las cuales la mayoría fue del género femenino. Respecto al rango etario, solamente los comprendidos en el rango etario de 51 a más años se clasificaron como Fortaleza.
- Tercero: Respecto a la percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, a nivel de unidad o servicio, se obtuvo un resultado general de Fortaleza, teniendo mayoritariamente la misma calificación en sus áreas de servicios, tanto del género femenino y masculino y todos los rangos etarios.
- Cuarto: Respecto a la percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, a nivel de hospital, se obtuvo un resultado general de Por Mejorar, teniendo mayoritariamente la misma calificación en sus áreas de servicios, tanto del género femenino y masculino y todos los rangos.

VI. Recomendaciones

- Primera: Como un primer paso, es necesario implantar programas de seguridad de atención al paciente de forma correctiva, haciendo énfasis en reforzar las dimensiones que presenta debilidades. Es muy importante tomar en cuenta la idiosincrasia del personal el cual está marcada por características particulares detectadas en la encuesta (antigüedad, edad, presión laboral, etc.) y muy aparte a esto es realizar un estudio de perfil profesional de cada uno para ver su aptitud basada en la actitud en el ambiente laboral. Existe un exceso de confianza y deslinde de responsabilidad frente a eventos adversos y esto no puede ser cambiado sino se realiza un trabajo a nivel personal.
- Segunda: Existe un gran problema del personal interactuando en grupos y entre unidades, las encuestas arrojaron problemas de descoordinación; la mayoría de ello surge desde la falta de empatía laboral, cada uno está circunscrito en su área de trabajo y no ver las labores y apremios de otras áreas. Una forma de encontrar la sintonía es hacer que el personal realice actividades fuera de su área, involucrarlos en trabajos de ayudantía en áreas que no es de competencia cotidiana con el fin que pueda palpar por sus propios medios las tareas y dinámicas de otras áreas que percibe alejado a ellos. Un tema muy importante a trabajar es el cultivo de la confianza y franqueza en las relaciones interpersonales entre la dirección y personal asistencial; esto depende de la apertura al dialogo desde la misma dirección, organizando planes estratégicos que incentiven al dialogo abierto con el personal; una actividad provechosa son las reuniones semanales de debates de trabajo que involucren intervenciones y delegaciones al mismo personal para que formulen soluciones a los problemas que acontecen en la atención al paciente.
- Tercera: Estos problemas es muy dependiente de las actitudes de la dirección frente a las relaciones interpersonales el cual se encuentra atado por la asistencia de entidades superiores en el sector salud ya que es muy dependiente de una organización del aparato estatal. Este problema está atada a la infraestructura, equipamiento, incentivos y logística que pueda acceder la dirección y pueda poner a disposición de las áreas. Una

recomendación a estos inconvenientes es establecer redes de trabajo con instituciones anexas para fortalecer la presencia en entidades gubernamentales que tienen bajo su cargo la formulación de partidas económicas o presupuestos. Esta labor es a nivel direccional.

VII. Referencias

- AHRQ (2017). Agencia de Investigación y Calidad de la Salud: Avanzando en la excelencia en el Cuidado de la Salud. Recuperado el 16 de marzo del 2017 de <https://www.ahrq.gov/>.
- Alma y Avilés (2014). *Cultura de seguridad. del maestría*. Lima, Perú: UNMSM. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3678>
- Agencia Nacional para Seguridad del Paciente. (2004). *Siete pasos para la seguridad los pacientes*. Reino Unido. Recuperado de: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/msc/7pasos.pdf>
- Alvarado, C. (2014). Relación entre clima organizacional y *cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval. (Tesis de maestría)*. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3678>
- Bernal, J. (2010). *Metodología de la investigación administración, economía, humanidades y ciencias sociales (3era ed.)*. Colombia: Ateneo. Recuperado de: http://biblioteca.uccvirtual.edu.ni/index.php?option=com_docman&task=doc
- Chalapú, A. y Cuascota, A. (2014). *Percepción del personal de enfermería del hospital "Dr. Carlos del Pozo Melgar" en el Cantón Muisne Provincia de César Augusto Bernal Torres*. Universidad de La Sabana, Colombia. Recuperado de: <http://repositorio.utn.edu.ec/biststream/123456789/3828//06enf608>
- Erazo, M., Pabon, S., Chocue, F. y Arroyo, L. (2016). *Nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal de COOEMSSANAR IPS sede Túquerres durante el primer trimestre del año 2016*. Colombia: Universidad Católica de Manizales. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10839/1306>
- Giraldo y Montoya (2013). *Cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia Colombia*. Universidad CES Medellín. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10946/563>

- Gobierno de España. (2009). *Plan de Calidad para el Sistema Nacional de salud*. Recuperado de: www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/InformePlanCalidadSNS/docsd
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (4ª ed). México: Editorial McGraw Hill. S.A.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ª ed). México: Mc Graw Hill S.A.
- López, V., Puentes, M. y Ramírez, A. (2016). *Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta*. (Tesis de maestría). Colombia: Universidad del Rosario. Recuperado de: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12137>
- Llagas F. (2017). *Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf*. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/8779>
- Martínez, Ch. (2015). *Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo*. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5301>
- Ministerio de la protección Social. (2007). *Herramientas para promover la estrategia de seguridad del Paciente en el Sistema Obligatorio de Garantías de Calidad de la Asamblea de Salud Santa Fe de Bogotá*. Colombia: Editorial Fundación FITEC.
- Ministerio de la Protección Social (2010). *Observatorio de calidad de la Atención en Salud: Número Especial Boletines 2,3,y4. Gestión de la calidad de la Atención en Salud Basado en hechos y datos*. Recuperado de: http://www.ocsav.info/ocs_contenido/BOCS (Nº especial).

Ministerio de La protección social, Estudio EBEAS (2009). *Prevalencia de Eventos Adversos en Hospitales de Latinoamérica, protocolo de estudio en Colombia*.

Recuperado de:

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/BeContent/documents/DocNewsNo1655DocumentNo4984.PDF>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). *Estudios IBEAS. Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica*. Madrid. España.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *The world health: 2002: reducing risks, promoting healthy life: overview*. Recuperado de:

<http://www.who.int/iris/handle/10665/67454>

Organización Mundial de la Salud. (2004). *World alliance for patient safety: forward programme*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Organización Mundial de la Salud. (2008). *La cirugía segura salva vidas (octubre 2015.de OMS)*. Recuperado de:

http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/sssl_brochure_spanish.pdf

Ramos, S. M. Coca y R. A. Abeldaño (2016). *Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en Profesionales en una institución argentina*. Universidad Nacional Autónoma de México Escuela Nacional de Enfermería Y Obstetricia. Recuperado de:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Reason J. (1998). *Achieving a safety culture. Theory and practice*. Work & Stress, 12, (3); 298-306.

Reason, J. (2000). *Human error: models and management*. BMJ (Clinical Research Ed.), 320(7237), 768–770

Sánchez y Lozano (2015). *Clima organizacional y satisfacción laboral de las enfermeras en el servicio de cirugía hospital Víctor Lazarte Echeagaray-Trujillo*. Recuperado de:

<http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1670>

Turcios, N. (2014). *Percepción de la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. (Tesis de maestría)*. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.

Vergara, G. (2017). *Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo (Tesis maestría)*.

Recuperado de:

<http://repositorio.ucv.edu.pe/bistrean/hadle/UCV/7050/Vergara>

Vitolo, (2016). *Cultura de seguridad, compañía de seguros noble*. Recuperado de:

www.noble-arp.com/src/img_up/02062016.7.pdf

Anexos

Anexo 1. Artículo científico

Percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II Villa el Salvador 2018

Br. Ledy Janet Dávila Lozano

davilajanet@hotmail.com

Escuela de posgrado

Universidad Cesar Vallejo Filial los olivos

Resumen

La investigación titulada “Percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018”. Tuvo como objetivo determinar la percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del C.M.I. Juan Pablo- villa el salvador 2018.

El enfoque de investigación es básico se empleó un diseño no experimental de tipo descriptivo de corte transversal, de carácter exploratorio con abordaje de estudio cuantitativo, con una población total 118 profesionales de la salud, de los cuales participaron 88 trabajadores, el instrumento de investigación se utilizó la encuesta con un cuestionario fue cultura de seguridad del paciente versión española de agency for healthcare research and quality- AHRQ (2009). Para el procesamiento de datos se utilizó excel y el programa SPSS, versión 24. Se utilizaron frecuencia, figuras para la emisión de resultados. Se concluyó: Respecto a la percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, se obtuvo un resultado general Por mejorar, teniendo mayoritariamente una calificación de Fortaleza en sus áreas de servicios, de las cuales la mayoría fue del género femenino. Respecto al rango etario todos los encuestados se clasificaron Por Mejorar.

Palabra clave: Cultura de seguridad del paciente, Percepción del paciente, Centro Materno Infantil

Abstract

The research entitled "perception of culture of patient safety of the personal care of surgery Center WCC Juan Pablo II of Villa El Salvador 2018" aims to establish a base line on patient safety, in order to determine the perception of security culture patient's personal care Center surgical C.M.I. Juan pablo- Villa El Salvador 2018.

within the framework methodological became a study basic descriptive with a design not experimental of cross-sectional, with quantitative approach, the population Universal 118 health professionals, of which took part 88 workers with a reliability of 0.70, was used as an instrument, the research survey culture of patient safety in the hospital by the agency for headthcare research and quality (AHRQ)

I conclude that the surgery Center has problems patient safety, according to the survey demographic courage a high percentage staff kept many years laborando in the same institution and area, which is dam numbness group, another factor suffers is the lack of personal which leads pressure as load of work within the population of care, to lack of resources logistics materials is a sample physical lack of concern to staff by the address.

Introducción

Definición de cultura de seguridad del paciente

Vitolo, (2016 p.1), definió “el resultados de valores, conductas, y patrones individuales y grupales comprometidos con la adecuada ejecución de los programas de seguridad de la organización”, así mismo refiere que la cultura de seguridad puede ser descrita como “la forma en la que se hacen las cosas acá”. Mencionando, ciertos componentes claves para la cultura de seguridad

Dimensiones de la cultura de seguridad

El Ministerio de Sanidad y Política Social del Gobierno Español en su estudio: “En un estudio de análisis de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español” publicado en el año 2009. La cual es una adaptación al sistema español de la encuesta original realizada por Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2004) de los Estados Unidos, plantea un esquema fiable que permite analizar el sistema de seguridad en la

atención del paciente de una institución hospitalaria el cual tomamos como guía para nuestra investigación. Este estudio formula pilares definidos para encuadrar la investigación los cuales son:

Conductas relacionados con la educación en seguridad del paciente, frecuencia, conductas favorables en correlacionados hacia la seguridad del paciente, causa socio demográficos que correlacionan a la conducta y comportamiento favorable en correlación con la seguridad del paciente, Evaluación, monitorización y mejora del clima de seguridad

Para determinar el estudio de la cultura de seguridad es necesario analizar el comportamiento del sistema en tres niveles: A. Nivel del personal asistencial de manera individual B. Nivel de Unidad o Servicio y las interacciones de los integrantes como equipo frente a un sistema de seguridad C. Nivel Institucional involucrado desde la participación de la dirección general.

Los cuales se desglosan en 12 subgrupos denominados “dimensiones”, enfocados en los cuatro pilares permite identificar sus fortalezas y debilidades del sistema.

La recopilación de la comunicación se diseña un instrumento el cual está estructurado de la siguiente manera

Resultados de la Cultura de seguridad a nivel personal

Dimensión 1 Analiza el grado de conciencia y la participación del personal asistencial de forma individual y el grado de responsabilidad asumido, asimismo analiza el grado de relación que tiene con su dirección frente al sistema de seguridad de atención al paciente, contiene 2 indicadores con un total de 7 ítems La frecuencia de eventos notificados, tiene 3 preguntas de comunicación, se comunica las advertencias en 3 formas de errores que son perjudiciales (a) fallas que no perjudican a las personas, (b) fallas que no lastiman al paciente

Percepción de seguridad, incluye 4 ítems, dirigidos a medir la percepción y seguridad en forma concreta, el ritmo del trabajo, la efectividad, los procedimientos existentes para evitar la mala praxis en la atención (a) nunca se aumenta el ritmo de trabajo aunque eso implica eso implica sacrificar la seguridad del paciente (b) nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la

asistencia (c) no se producen más fallas por casualidad (d) en esta unidad hay problemas con la seguridad del paciente .

Dimensión 2: cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio

Incluyen 8 indicadores con un total de 27 ítems del temario

Expectativas y acciones de la Dirección/supervisión de la Unidad/servicio que favorecen a la seguridad. Contienen 4 preguntas, vital para los pacientes por parte de los encargados de servicio (a) El inspector informa cuando se previene a las personas (b) El supervisor recibe los aportes que hacen los empleados para mejorar la seguridad. (c) Al incremento de trabajo el jefe quiere que las labores se efectúe más rápido. (d) El supervisor no evalúa las quejas de las personas.

Aprendizaje organizacional/mejora continua, incluye tres ítems sobre la actitud proactiva en relacionada a la seguridad del paciente: a) se tiene 2 pasos encaminados a mejorar la seguridad del paciente; b) cuando se ubica los errores en el servicio al paciente se toman medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo y, (c) los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.

Dimensión 3: Cultura de seguridad a nivel de todo el centro quirúrgico

Esta dimensión se divide en dos indicadores con ocho ítems:

Incluye 4 preguntas de características principalmente se observan impedimentos en desarrollo con observaciones positivas de trabajo en grupos de las mismas centros o servicios: (a) la coordinación entre los centros de trabajo unidad de trabajo en conjunto (b) El servicio o unidad de trabajo de manera coordinada. (c) Los diversos servicios.

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

problemas ocasionado con la atenciones de usuarios como consecuencias de cambio de turno

Metodología

El estudio fue orientación cuantitativo de paradigma positivista, método hipotético deductivo. El diseño de estudio fue no experimental, de corte Transversal análisis descriptivo. El universo de estudio fue de 88 personal asistencial: Médicos, obstetras, químico, Biólogos, Tecnólogos enfermeras, técnicos de enfermería, vigilantes personal administrativos, personal de limpieza del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador. La validez de la variable se dio a través de juicio de expertos con la aplicación de un cuestionario, donde el coeficiente alfa de cronbach se realizó para la confiabilidad para el instrumento lo que representa una confiabilidad muy alta. Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó el software Excel y el programa estadístico SPSS 22, a través del cual se trabajó las frecuencias y porcentajes con sus tablas para la prueba de hipótesis y los resultados.

Resultados

3.1. Resultados descriptivos

Objetivo general: Percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa El Salvador 2018

Tabla 5.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad, CMI Juan Pablo II.

Percepción de cultura de seguridad	Frecuencia	Porcentaje válido
Negativo	25	28.4
Positivo	63	71.6
Total	88	100.0

En la tabla 5 figura 3 se observó que se obtuvo un porcentaje menor al 75% de respuestas positivas (71,6%), lo que, de acuerdo con el instructivo del instrumento, el resultado se traduce en: **Por mejorar.**

Cultura de seguridad por área

Tabla 6.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad por servicio del CMI Juan Pablo II.

ÁREA	Negativo		Positivo		Total	Decisión final
	n	%	n	%		
Cirugía	1	50.0	1	50.0	2	Por mejorar
Sala de operaciones	1	50.0	1	50.0	2	Por mejorar
Anestesiología	0	0.0	1	100.0	1	Fortaleza
Gineco-obstetra	3	25.0	9	75.0	12	Fortaleza
Pediatría	0	0.0	1	100.0	1	Fortaleza
Servicios de emergencia	3	21.4	11	78.6	14	Fortaleza
Farmacia	1	20.0	4	80.0	5	Por mejorar
Laboratorio	1	16.7	5	83.3	6	Fortaleza
Sala de partos	3	20.0	12	80.0	15	Fortaleza
Radiología	0	0.0	2	100.0	2	Fortaleza
Imagenología	2	100.0	0	0.0	2	Por mejorar
Cardiología	1	100.0	0	0.0	1	Por mejorar
Diversos	10	40.0	15	60.0	25	Por mejorar

En la tabla 6 se observó que de los 13 servicios (áreas), siete de ellas (Anestesiología, Gineco-obstetra, Pediatría, Servicios de emergencia, Laboratorio, Sala de partos y Radiología) tuvieron porcentajes de respuestas positivas superiores a 75%, por lo tanto se tomó la decisión de calificarlos como **Fortaleza**. Por otro lado, las seis restantes (Cirugía, Sala de operaciones, Farmacia, Imagenología, Cardiología y Diversos) no lograron este porcentaje de respuestas positivas, por lo tanto se clasificaron como **Por Mejorar**. Esto lleva a pensar que mayoritariamente los servicios del CMI Juan Pablo II si tienen la calificación de Fortaleza, aunque preocupan las áreas que no tuvieron esta categorización.

Cultura de seguridad por Género

Tabla 7.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad por género de los encuestados del CMI Juan Pablo II.

Género	Negativo		Positivo		Total	Decisión Final
	n	%	n	%		
Masculino	13	32.5	27	67.5	40	Por mejorar
Femenino	12	25.0	36	75.0	48	Fortaleza

En la tabla 7 se observó que los encuestados del género Femenino tuvieron la clasificación de **Fortaleza**, mientras que los encuestados del género Masculino la clasificación estuvieron en la clasificación **Por Mejorar**.

Cultura de seguridad por edad

Tabla 8.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad por edad de los encuestados del CMI Juan Pablo II.

Edad	Negativo		Positivo		Total	Decisión Final
	n	%	n	%		
30 - 40	7	29.2	17	70.8	24	Por mejorar
41 - 50	12	29.3	29	70.7	41	Por mejorar
51 a más	6	26.1	17	73.9	23	Por mejorar

En la tabla 8 se observó que todos los encuestados tuvieron la clasificación de **Por Mejorar**, debido a que no superaron el umbral del 75% en las respuestas positivas.

Objetivo Específico 1: Percepción de la cultura de seguridad del paciente a nivel personal de los encuestados asistenciales del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa El Salvador 2018.

Tabla 9.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal en el CMI Juan Pablo II.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje válido
Negativo	25	28.4
Positivo	63	71.6
Total	88	100.0

En la Tabla 9 y en la Figura 4 se observó que tuvieron un 71,6% de respuestas positivas no superando el umbral mínimo requerido, razón por la cual se la clasifica como **Por Mejorar**.

Cultura de seguridad por área

Tabla 10.

Frecuencias de las respuestas de la percepción de la cultura de seguridad a nivel personal en los servicios del CMI Juan Pablo II.

ÁREA	Negativo		Positivo		Total	Decisión final
	n	%	n	%		
Cirugía	1	50.0	1	50.0	2	Por mejorar
Sala de operaciones	1	50.0	1	50.0	2	Por mejorar
Anestesiología	1	100.0		0.0	1	Por mejorar
Gineco-obstetra	3	25.0	9	75.0	12	Fortaleza
Pediatría	1	100.0	0	0.0	1	Por mejorar
Servicios de emergencia	3	21.4	11	78.6	14	Fortaleza
Farmacia	1	20.0	4	80.0	5	Fortaleza
Laboratorio	1	16.7	5	83.3	6	Fortaleza
Sala de partos	3	20.0	12	80.0	15	Fortaleza
Radiología	2	100.0	0	0.0	2	Por mejorar
Imagenología	0	0.0	2	100.0	2	Fortaleza
Cardiología	1	100.0	0	0.0	1	Por mejorar
Diversos	10	40.0	15	60.0	25	Por mejorar

Discusiones

Después de recopilar datos a través de la encuesta al personal involucrado en la atención del paciente en el Centro Quirúrgico CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador, esta arrojó información interesante de la gestión dirigida a la seguridad del paciente que hay que examinar con mucho detenimiento.

Respecto al resultado general percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, se obtuvo un resultado general Por mejorar, teniendo mayoritariamente una calificación de Fortaleza en sus áreas de servicios, de las cuales la mayoría fue del género femenino. Respecto al rango etario todos los encuestados se clasificaron Por Mejorar, lo que en efecto es coincidente con los reportes de Ramos, Coca y Avendaño (2017), aunque teniendo en cuenta que el resultado de estos investigadores fue mucho más ligero en sus descripciones, como también lo realizaron López, Puentes y Ramírez (2016) en su investigación respectiva

En el objetivo específico 1, respecto a la percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, a nivel personal, se obtuvo un resultado general Por mejorar, teniendo mayoritariamente a misma calificación en sus áreas de servicios, de las cuales la mayoría fue del género femenino. Respecto al rango etario, solamente los comprendidos en el rango etario de 51 a más años se clasificaron como Fortaleza, coincidiendo parcialmente con los resultados López, Puentes y Ramírez (2016), aunque solamente a nivel de resultado de variable, distando en las dimensiones que planteó esta tesis.

En el objetivo específico 2, respecto a la percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, a nivel de unidad o servicio, se obtuvo un resultado general de Fortaleza, teniendo mayoritariamente la misma calificación en sus áreas de servicios, tanto del género femenino y masculino y todos los rangos etarios, coincidiendo también con los resultados obtenidos por Erazo, Pabón, Choque y Arroyo (2016), cuando tuvieron resultados referidos a la variable de manera general, aunque es rescatable lo que señalaron hacer crítica frente a las demandas laborales, expresando cansancio laboral y muchas horas de trabajo de los trabajadores, como bien podría hacerse en próximos trabajos de investigación

Conclusión

Primera: Respecto a la percepción de la cultura de seguridad en el CMI Juan Pablo II, se obtuvo un resultado general Por mejorar, teniendo mayoritariamente una calificación de Fortaleza en sus áreas de servicios, de las cuales la mayoría fue del.

Referencia

Chalapú, A. y Cuascota, A. (2014). Percepción del personal de enfermería del hospital “Dr. Carlos del Pozo Melgar” en el Cantón Muisne Provincia de César Augusto Bernal Torres .Universidad de La Sabana, Colombia

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

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. (4ª ed). México: Editorial McGraw Hill. S.A.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. (6ª ed). México: Mc Graw Hill S.A.

López, V., Puentes, M. y Ramírez, A. (2016). Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta. (Tesis de maestría). Colombia:

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

Gobierno de España. (2009). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de salud. Recuperado de:www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/

[Docs/InformePlanCalidadsns/docsd](http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/Docs/InformePlanCalidadsns/docsd)

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. (4ª ed). México: Editorial McGraw Hill. S.A.

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. 6ª edición. México: Edamsa Impresiones S.A.
- López, V., Puentes, M. y Ramírez, A. (2016). Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta. (Tesis de maestría). Colombia: Universidad del Rosario.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 320(7237), 768–770
- Sánchez y Lozano (2015). Clima organizacional y satisfacción laboral de las enfermeras en el servicio de cirugía hospital Víctor Lazarte Echegaray–Trujillo. Recuperado de: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1670>
- Roco.C. y Garrido A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica las Condes* vol.28 pag. 785-795.
- Turcios, N. (2014). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños. (Tesis de maestría). Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Vergara, G. (2017). Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo (Tesis maestría). Recuperado de:
<http://repositorio.ucv.edu.pe/bistrean/hadle/UCV/7050/Vergara>
- Vitolo, (2016). Cultura de seguridad, compañía de seguros noble. Recuperado de:
www.noble-arp.com/src/img_up/02062016.7.pdf
- . (2017). Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna Golf (tesis de maestría) Lima, Perú: Universidad Cesar Vallejo.
- Martínez, Ch. (2015). Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. (Tesis de especialidad) Lima, Perú: Universidad Nacional de San Marcos

Anexo 2. Matriz de consistencia

TÍTULO: Percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador, 2018

AUTOR: Br. Ledy Janet Dávila Lozano

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
Problema principal:	Objetivo general:	Hipótesis general:	Variable X: Atención primaria de salud			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
<p>¿ Problema General: ¿Cuál es la percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador, 2018?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II, villa el salvador, 2018</p>	<p>No corresponde.</p>	<p>. Frecuencia de eventos notificados. 2. Percepción de seguridad</p>			
<p>Problemas específicos:</p>	<p>Objetivos específicos:</p>	<p>Hipótesis específicas:</p>	<p>3. Expectativas y acciones de la dirección /supervisión de la unidad /servicio que favorecen en la seguridad. 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua 5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio 6. Franqueza en la comunicación 7. Feed-back y comunicación sobre errores 8. Respuestas no punitivas a errores 9. Dotación de personal. 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</p>	<p>40-41-42 15-18-10-17 19-20-21-22 6-9-13 1-3-4-11 35-37-39 34-36-38 8-12-19 2-5-7-14 23-30-31</p>	<p>Discreta</p>	<p>Muy en desacuerdo En desacuerdo Indiferente De acuerdo Muy de acuerdo</p>
<p>Problemas Específicos: Problemas específico 1 Cuál es la percepción en su dimensión resultado de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018?</p>	<p>Objetivos Específicos Objetivo específicos 1 Determinar percepción en su dimensión resultado de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018</p>	<p>A. Resultado de la percepción de cultura de seguridad</p>	<p>11. trabajo en equipo en equipo entre unidades/servicio. 12. Problemas de cambios de turno</p>	<p>26-32-24-28 25-27-29- 33</p>	<p>Discreta</p>	
<p>Problema específico 2 ¿Cuál es la percepción en su dimensión de cultura de seguridad del paciente a nivel de unidad/servicio del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018?</p>	<p>Objetivo específico 2 Determinar la percepción en su dimensión de cultura de seguridad del paciente a nivel de unidad/servicio del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018</p>	<p>B. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio</p>				
<p>Problema específico 3 ¿Cuál es la percepción en su dimensión de cultura de seguridad del paciente a nivel de todo el quirúrgico del personal asistencial del CMI Juan Pablo II de villa el salvador 2018?</p>	<p>Objetivo específico 3 Determinar la percepción en su dimensión de cultura de seguridad del paciente a nivel de todo el quirúrgico del personal asistencial del CMI Juan Pablo II de villa el salvador 2018</p>	<p>C. Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital</p>				
TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	ESTADÍSTICA A UTILIZAR				
<p>Nivel: Descriptivo Diseño: No Experimental Método: Carácter Exploratorio</p>	<p>Población: Estuvo conformado por el personal asistencial del Centro quirúrgico del CMI Juan Pablo II Tipo de muestreo: Básico Tamaño de muestra: se tendrá una muestra del personal que tenga contacto directo con el paciente, se tuvo en cuenta los siguientes criterios Ser personal nombrado o contratado CAS</p>	<p>DESCRIPTIVA: Se utilizó las tablas de frecuencias y las figuras a fin de poder interpretar las tendencias de las respuestas de los trabajadores al cuestionario</p>				

Anexo 3 Constancia emitida por la institución que acredita la realización del estudio in situ



PERÚ Ministerio de Salud
Dirección de Redes Integradas de Salud
Lima Sur

Decenio de la Igualdad de Oportunidades
para mujeres y hombres
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

OFICIO N° 024-2018-MJ-MRS-JPII-DRS-VES-LPP

A: **Lic. Ledy Janet Dávila Lozano**
Alumna de la Maestría Gestión de los Servicios de la Salud

Presente.-

Me es grato dirigirme a Ud. para saludarla cordialmente y a la vez informarle que esta jefatura, da opinión favorable a la solicitud presentada por su persona, para la realización del Proyecto de investigación "PERCEPCION DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL ASISTENCIAL DEL CENTRO QUIRURGICO DEL CMI JUAN PABLO II DE VILLA EL SALVADOR 2018", en nuestra institución; otorgándole todas las facilidades para las actividades relacionadas con dicha investigación, como encuestas, etc. Asimismo recordarle que deberá hacer llegar una copia del proyecto a +esta jefatura para los fines del caso.

Atentamente:



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE REDES INTEGRADAS DE SALUD
LIMA - SUR
CMI JUAN PABLO II
MC. Genaro A. Muñoz Cobana
MEDICO JEFE
C.M.P. 42961

Anexo 4. Instrumentos

CUESTIONARIO SOBRE LA DE SEGURIDAD DE PACIENTES

Version Española del Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency For Health Research and quality-AHRQ)

En esta primera parte del cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, errores médicos e incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará de 15 a 20 minutos completarlo.

Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se aplica a usted, puede dejarla en blanco.

- Un incidente es cualquier suceso que hubiere podido provocar daño o complicación en otras circunstancias o aquel que pueda favorecer la aparición de un efecto adverso
- La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención en salud.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador, 2018

Consentimiento:

Yo.....mediante este documento doy fe que fueron prestados para consentimiento firmando los objetivos del estudio percepción de la cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del CMI Juan pablo villa el Salvador 2018.

Se me ha informado que mi participación es voluntaria, que iniciada el desarrollo del cuestionario puedo reusarme a contestar algunas preguntas que laboralmente me pueda afectar, que laboralmente no me verá afectado, debido a que se mantendrán los principios éticos y necesarios, la identificación en el formato es voluntario.

Con la aclaración escrito firmo el presente oficio.

Villa el salvador de junio del 201

Sección A: Su área/unidad de trabajo, continuado

Por favor identifique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. Indique la respuesta marcando sobre UN cuadro

Piense en su unidad/área de	Muy en desacuerdo	en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La gente se apoya una a la otra en esta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. En esta unidad, el personal se trata con	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. El personal siente que sus errores son considerados en	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis"	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección B: Su supervisor/director

Por favor indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor/director inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos	<input type="checkbox"/>				
2. Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa simplificar las labores del	<input type="checkbox"/>				
4. Mi supervisor/director no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren una y	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección C: Comunicación

¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro

Piense acerca de su área/unidad de trabajo del hospital.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del	Siempre
1. La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección D: Frecuencia de incidentes reportados

En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro

		Rara vez	Algunas	La mayoría	
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección E: Grado de seguridad del paciente

Por favor, dé le a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque una respuesta

A Excelente	B Muy Bueno	C Aceptable	D Pobre	E Malo
<input type="checkbox"/> _A	<input type="checkbox"/> _B	<input type="checkbox"/> _C	<input type="checkbox"/> _D	<input type="checkbox"/> _E

Sección F: Su servicio (establecimiento)

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su hospital.

Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

	Muy en	En	Ni de acuerdo ni en	De	Muy de
1. La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de una	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Los cambios de turnos son problemáticos para los pacientes en este	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Sección G: Número de incidentes reportados

En los pasados 12 meses, ¿cuántos reportes de incidentes ha usted llenado y enviado?

Marque UNA respuesta.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> a. Ningún reporte de incidentes | <input type="checkbox"/> d. De 6 a 10 reporte de incidentes |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 2 reportes de incidentes | <input type="checkbox"/> c. De 3 a 5 reportes de incidentes |
| <input type="checkbox"/> e. De 11 a 20 reportes de incidentes | <input type="checkbox"/> f. 21 reportes de incidentes o más |

Sección H: Información general

Esta información ayudará en el análisis de los resultados del cuestionario. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 1 año | <input type="checkbox"/> d. De 11 a 15 años |
| <input type="checkbox"/> b. De 1 a 5 años | <input type="checkbox"/> e. De 16 a 20 años |
| <input type="checkbox"/> c. De 6 a 10 años | <input type="checkbox"/> f. 21 años o más |

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> a. Menos de 20 horas a la semana |
| <input type="checkbox"/> c. De 40 a 59 horas a la semana |
| <input type="checkbox"/> e. De 80 a 99 horas a la semana |
| <input type="checkbox"/> a. Enfermera registrada |
| <input type="checkbox"/> b. Asistente Médico/Enfermera Profesional |
| <input type="checkbox"/> c. Enfermera Vocacional |
| <input type="checkbox"/> d. Asistente de Cuidado de Pacientes |
| <input type="checkbox"/> e. Médico (con entrenamiento completado) |
| <input type="checkbox"/> f. Médico Residente/Médico |
| <input type="checkbox"/> g. Farmacéutico |
| <input type="checkbox"/> h. Dietético |
| <input type="checkbox"/> i. Asistente de Unidad/Oficinista |
| <input type="checkbox"/> j. Terapeuta Respiratorio |
| <input type="checkbox"/> k. Terapeuta Físico, Ocupacional |
| <input type="checkbox"/> l. Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, |
| <input type="checkbox"/> m. Administración/Dirección |
| <input type="checkbox"/> n. Otro, por favor especifique _____ |

5. En su posición laboral, ¿típicamente tiene

- Sí, típicamente tengo interacción directa o
 NO, típicamente

6. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando

- a. Menos de 1 año
 b. De 1 a 5 años
 c. De 6 a 10 años

7. Genero

- a. Masculino b. Femenino

8. Edad

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> a. 20 a 29 años | <input type="checkbox"/> c. 40 a 49 años |
| <input type="checkbox"/> b. 30 a 39 años | <input type="checkbox"/> d. 50 años o |

Anexo 5. Validez de instrumento



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE PERFIL PROFESIONAL

3 ítems	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ₁		Relevancia ₂		Claridad ₃		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	A. RESULTADO DE LA CULTURA DE SEGURIDAD							
	1. FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS	x						
C- 40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	x						
C- 41	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	x						
C- 42	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente	x						
4 ítems	2. Percepción de seguridad	X						
A- 15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	x						
A- 18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia	x						
A- 10	No se producen más fallos por casualidad	x						
A- 17	En esta unidad hay problemas relacionados con la «Seguridad del paciente»	x						
	A. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO	x						
4 ítems	3. Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad	x						
A-19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	x						
A-20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente	x						
A-21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente	X						
A-22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren Habitualmente	X						
3 ítems	4. APRENDIZAJE ORGANIZATIVO- MEJORAS CONTINUA	x						
A-6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	x						
A-9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo	x						
A-13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad	x						
4 ítems	5. Trabajo en equipo en la Unidad/ Servicio	x						
A-1	El personal se apoya mutuamente	x						
A-3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	x						
A-4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto	x						

A-11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros	x						
3 ítems	6. Franqueza en la comunicación	x						
C-35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad	x						
C-37	-El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores	x						
C-39	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	x						
3 ítems	7. Feed-back y comunicación sobre errores	x						
C-34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo	x						
C-36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad	x						
C-38	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir	x						
	8. Respuesta no punitiva a los errores	x						
A--8	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra	x						
A.12	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un «culpable»	x						
A-16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	x						
3 ítems	9. Dotación de personal	x						
A-2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	x						
A-5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	x						
A-7	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal	x						
A-14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa	x						
Ítems	10 Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	x						
B-23	-La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente	x						
B-30	La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	x						
B-31	La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	x						
	C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL	x						
4 ítems	11. Trabajo en equipo entre unidades/servicios	x						
B-26	Hay una buena cooperación entre las unidades /servicios que tienen que trabajar conjuntamente	x						
B-32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible	x						
B-24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	x						
B-28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades	x						
4 ítems	12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades	x						
B-25	La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra	x						
B-27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente	x						
B-29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático	x						



Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Flor de María Sánchez Aguirre DNI: 09104533

Especialidad del validador: _____

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Edith Sánchez de la Cruz DNI: 10075819

Especialidad del validador: Magister en Gestión de los servicios de la Salud

MINISTERIO DE SALUD
 DIRECCIÓN DE REGIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 DIRECCIÓN DE REGIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
 MICRO REGIÓN PABLO II
 LIC. EDITH SANCHEZ DE LA CRUZ
 C.E.P. 41262

10 de Julio del 2018

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Eufemia Cristina Góngora Jara DNI: 09705757

Especialidad del validador: Magister en gestión de los servicios de la Salud

10 de Julio del 2018

MINISTERIO DE SALUD
 REGIÓN LIMA SUR - REG. VES - SUR
 MICRO REGIÓN PABLO II
 LIC. Eufemia Góngora Jara
 C.E.P. 41180

Anexo 6. Base de datos

N°	Pregunta																																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42			
1	5	1	4	2	0	4	2	4	4	0	5	2	5	4	4	1	0	2	5	4	4	5	5	2	1	4	4	4	4	4	5	4	4	5	2	5	4	0	5	5	5	5	4		
2	4	0	4	0	2	0	2	0	4	0	0	1	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	2	0	2	2	2	0	4	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
3	4	0	4	0	0	0	0	0	4	0	5	0	0	0	0	0	0	2	4	0	2	0	0	0	0	4	2	0	2	0	2	2	2	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0	0	
4	0	5	4	4	2	0	0	0	4	4	4	4	4	0	4	0	0	4	4	4	4	4	4	0	2	0	0	0	0	4	4	0	2	0	4	4	4	4	0	4	0	4	4	4	
3	0	2	2	0	2	2	0	2	4	2	4	1	4	2	4	1	2	4	4	4	2	2	4	2	2	5	2	2	2	4	2	4	1	4	4	0	4	4	2	4	4	4	4		
6	0	0	4	4	2	5	2	0	0	2	4	0	5	2	4	1	5	0	4	4	2	0	5	2	2	5	5	0	2	4	2	4	1	5	4	4	5	1	0	4	4	0			
7	4	0	0	4	0	5	0	2	4	1	0	2	5	1	5	1	2	4	0	0	0	2	4	2	1	5	1	1	1	4	2	5	2	5	5	4	5	5	2	4	4	2			
8	2	0	0	4	0	4	2	1	4	0	5	1	5	1	4	2	0	0	4	4	1	1	5	1	2	4	1	1	2	4	1	5	2	4	5	5	4	4	2	4	4	4			
9	0	0	0	4	2	4	1	4	5	1	0	1	4	2	0	2	1	4	0	0	2	2	4	2	1	4	1	2	2	4	1	5	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4		
10	5	0	5	4	2	4	2	2	5	2	4	2	4	0	4	2	2	4	4	4	2	2	4	2	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	2	4	5	4	4	5	2	5	4	0	
11	5	5	4	4	2	4	2	2	0	2	4	1	5	0	0	2	1	0	0	4	0	0	5	0	0	4	1	0	0	4	0	4	1	5	4	4	5	4	1	4	4	0			
12	0	0	0	4	2	0	0	0	4	4	4	1	1	5	0	5	1	2	2	2	4	4	4	2	4	0	0	2	2	4	0	4	2	5	1	1	5	1	1	2	2	4	0		
13	5	4	0	0	0	4	2	0	0	0	4	1	4	2	4	1	2	0	4	0	2	1	4	2	2	5	2	0	0	4	0	4	1	4	4	4	5	4	0	4	4	0			
14	0	0	2	2	0	4	2	2	4	2	0	5	4	2	4	0	5	2	4	1	4	4	0	1	0	1	0	4	5	4	1	1	4	1	4	0	0	1	4	4	1	2			
15	0	0	2	2	0	4	2	0	4	0	0	0	0	2	4	2	1	4	0	0	2	0	4	2	0	0	2	0	2	4	2	0	2	0	4	4	4	0	2	0	0	4			
16	0	2	4	4	2	2	4	0	4	0	4	2	4	2	4	2	1	0	0	0	2	2	4	2	2	4	0	2	2	4	2	4	2	4	2	4	4	0	0	0	0	2	2	0	
17	5	5	2	5	1	5	1	1	2	1	4	1	5	1	5	1	1	5	2	5	1	1	5	1	1	5	1	1	4	4	1	2	1	5	4	4	5	5	2	4	5	4			
18	5	5	4	4	2	4	2	2	4	2	4	0	5	1	0	1	1	5	5	5	2	1	5	1	1	5	1	1	0	4	0	4	1	2	4	1	0	0	4	5	0	1			
19	0	0	0	0	2	0	1	0	5	0	4	2	4	2	4	2	2	4	4	4	0	2	0	2	0	4	2	2	2	0	0	4	0	0	5	4	5	4	2	0	2	5			
20	1	2	2	2	4	2	4	5	2	4	2	4	2	4	2	4	4	2	2	2	4	4	2	4	4	2	4	4	4	2	4	2	4	5	4	4	4	4	4	2	5	4	4		
21	0	0	2	0	0	4	5	0	4	2	0	5	2	2	1	0	0	2	0	0	5	0	2	5	2	0	5	4	5	4	0	0	5	5	5	4	5	5	1	5	5	5			
22	4	5	5	5	1	0	1	1	5	2	4	1	5	1	4	1	1	5	5	4	2	1	4	2	2	5	1	1	2	4	2	4	1	4	4	4	4	5	5	1	5	5	5		
23	4	4	4	5	2	4	2	2	4	2	4	1	5	2	4	2	1	5	5	4	2	2	5	2	2	4	1	1	1	4	2	4	1	4	0	4	4	0	2	4	0	5			
24	0	2	0	4	2	5	5	2	4	2	0	5	2	2	1	0	0	2	5	0	5	0	2	5	2	5	5	4	5	4	0	0	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
25	0	5	4	4	2	4	2	2	4	2	4	2	5	2	4	2	2	4	4	4	1	2	5	2	2	4	2	2	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	4	0	0	0	2	
26	5	5	4	4	1	4	0	2	0	2	4	1	5	1	5	1	2	4	4	2	4	4	5	1	1	5	2	2	2	2	4	4	1	2	0	4	4	4	0	0	0	2			
27	4	0	4	5	2	4	2	0	4	1	5	2	5	1	4	2	2	4	5	5	2	1	5	2	2	4	2	0	0	0	0	5	2	0	0	4	4	4	0	0	0	2			
28	0	0	2	2	0	4	5	2	2	2	0	0	2	2	1	0	0	2	5	0	5	0	2	5	2	5	1	2	2	0	0	0	5	2	0	4	4	0	0	4	4	0			
29	0	2	0	2	2	5	2	0	4	4	4	0	0	4	4	5	0	0	2	5	0	5	0	4	5	4	1	5	4	1	2	0	0	0	0	4	4	0	2	4	4	0			
30	4	2	2	2	2	5	2	2	0	0	0	1	4	0	5	1	1	4	4	4	2	0	4	0	1	5	1	2	2	4	2	4	1	4	4	4	0	4	2	2	4	0			

N°	Pregunta																																										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	
31	4	0	5	2	4	0	2	0	0	0	0	2	5	2	4	1	1	0	4	4	2	2	5	2	2	5	1	0	2	4	2	4	1	4	4	5	0	4	2	0	0	2	
32	5	0	2	5	1	5	1	1	4	0	5	1	0	0	4	1	1	5	5	4	2	2	4	1	2	5	0	1	1	4	2	5	1	2	4	5	2	4	0	4	4	0	
33	5	5	0	5	1	5	1	2	0	1	5	0	4	1	5	1	1	4	4	4	2	1	4	1	0	5	1	1	2	4	0	4	1	0	0	5	0	4	0	4	0	4	
34	4	4	4	4	2	5	2	1	4	2	4	2	5	2	5	2	2	5	4	4	2	2	4	2	1	4	2	1	2	4	2	4	2	4	0	5	0	0	0	0	2	4	
35	4	0	5	4	0	0	2	2	0	2	4	1	5	1	4	1	0	5	4	4	0	0	5	1	2	5	1	1	2	4	2	0	0	4	0	4	4	0	0	0	4	4	
36	0	2	5	4	4	4	1	2	0	0	4	2	0	2	4	2	2	4	0	0	0	0	2	4	0	4	0	4	4	4	4	0	4	1	0	0	2	4	1	5	0	0	
37	4	2	4	4	4	2	2	2	0	2	5	2	4	0	0	2	2	4	0	0	0	0	4	2	2	0	2	0	2	4	2	0	0	4	0	4	4	4	4	2	0	4	4
38	0	2	4	4	4	4	0	0	0	2	0	2	0	2	0	2	0	0	4	4	2	4	2	0	2	0	0	0	0	2	2	0	2	0	4	4	4	4	0	2	0	4	4
39	4	0	4	0	0	2	2	0	4	0	0	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	4	0	0	0	2	0	2	2	0	4	0	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
40	5	4	4	4	2	4	0	2	4	0	2	4	4	0	4	2	0	4	5	5	1	1	2	4	2	0	4	4	2	2	2	2	1	2	1	0	2	0	4	0	1	2	
41	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	2	2	4	2	0	4	2	4	2	4	4	4	4	2	0	0	5	2	5	5	5
42	5	2	5	4	4	5	4	4	5	0	5	4	2	1	2	4	2	5	2	2	1	4	2	1	4	0	4	4	1	5	1	4	4	0	4	4	4	4	4	5	4	0	5
43	4	1	4	5	4	1	1	1	5	0	0	4	5	4	1	5	5	1	2	5	1	4	1	2	1	1	1	2	0	1	1	5	1	1	5	5	0	4	0	5	5	5	
44	4	0	4	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	2	4	0	2	0	4	0	4	2	4	2	0	0	2	4	0	0	0	
45	4	2	0	2	2	4	0	2	0	0	4	0	0	2	0	0	0	0	4	0	4	5	2	4	0	1	4	0	0	1	5	0	5	2	0	2	2	2	0	5	2	5	
46	5	1	0	5	4	4	2	1	4	0	2	0	0	1	5	2	1	2	1	1	4	1	1	2	1	0	0	2	4	4	2	2	0	0	4	0	0	2	0	5	4	4	
47	5	1	4	2	0	4	2	4	4	0	5	2	5	2	5	4	2	5	0	2	1	2	1	1	2	2	2	4	4	2	1	5	5	2	5	4	4	5	5	5	5	5	
48	5	2	1	0	2	4	4	2	4	4	0	2	4	5	2	1	0	0	1	1	2	0	0	0	4	0	1	5	2	4	4	2	4	4	5	0	0	0	1	0	4	5	
49	4	2	4	5	4	2	4	4	4	0	4	2	4	4	4	4	2	0	4	4	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2	2	0	0	0	2	4	5	1	2	4	5	5	
50	4	0	4	4	2	0	4	0	0	4	0	2	2	0	0	0	2	4	4	4	1	1	4	2	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	5	1	5	0	1
51	4	1	4	4	1	2	4	4	2	0	0	4	2	4	2	4	4	2	2	0	4	4	2	4	4	2	4	4	4	2	4	2	0	0	0	0	0	0	4	2	2	4	
52	4	2	4	4	0	4	2	4	4	2	2	4	4	0	4	0	4	2	4	4	4	4	0	2	2	4	0	0	2	4	2	0	0	4	4	0	0	5	1	4	0	4	
53	5	0	0	0	4	0	4	2	2	0	0	0	0	5	0	4	1	0	4	2	1	4	0	0	0	0	4	0	4	4	0	2	0	4	4	4	4	4	0	2	4	4	5
54	5	2	0	0	4	0	0	4	0	4	0	0	2	4	0	4	4	4	2	2	4	5	1	5	0	2	4	4	4	0	4	0	2	4	0	0	0	0	0	4	5	4	
55	5	2	5	4	4	0	0	0	0	4	0	4	0	4	2	4	0	4	2	2	4	2	1	5	0	2	4	4	4	0	4	0	2	0	4	0	0	4	2	0	4	5	
56	5	1	5	4	4	4	0	2	0	4	0	0	0	2	2	4	0	4	0	0	4	5	1	4	0	2	4	4	4	0	4	0	2	5	5	0	0	4	2	0	4	5	
57	5	2	0	4	4	4	4	1	0	0	0	0	0	2	2	4	0	4	0	0	0	4	2	4	2	4	1	4	0	5	4	5	2	0	0	0	5	5	2	4	4	5	
58	4	2	0	2	4	4	4	0	4	0	0	0	4	1	0	2	2	4	4	0	0	0	2	4	2	4	1	0	0	5	4	0	2	0	4	0	5	5	2	4	4	5	
59	4	0	0	4	4	2	0	0	5	0	4	2	4	1	0	2	2	2	4	0	0	0	2	4	2	4	1	0	0	5	4	2	2	0	5	0	4	4	0	0	4	4	
60	4	2	4	4	4	2	0	0	0	0	4	2	0	1	0	2	2	2	4	0	1	0	2	2	2	4	1	0	2	5	4	2	2	4	5	0	4	4	0	4	0	4	

N°	Pregunta																																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42			
61	4	2	4	4	0	0	0	2	4	0	4	2	4	1	4	2	4	4	4	4	1	4	2	2	1	4	1	0	2	5	0	2	1	5	5	0	5	0	2	5	5	5	5		
62	4	0	4	4	0	0	2	2	5	0	4	2	0	0	4	0	4	4	5	5	1	0	0	2	1	0	2	0	2	0	0	4	1	5	5	0	5	0	1	0	4	0	0		
63	0	2	4	4	0	2	0	2	0	0	4	0	5	0	4	0	0	4	0	5	1	4	0	5	1	0	2	0	2	0	0	4	1	5	0	0	4	4	1	4	5	0	0		
64	0	0	0	4	0	0	0	1	4	0	4	0	5	0	4	0	0	4	0	5	1	4	0	4	1	0	2	2	4	4	0	4	1	0	0	0	0	0	5	1	0	4	4	0	
65	4	2	2	4	2	2	0	1	4	0	5	1	5	0	4	0	0	4	0	5	0	5	0	4	0	0	2	2	4	4	0	1	1	0	0	5	0	4	2	0	5	5	5	0	
66	0	0	0	4	4	4	0	4	4	2	5	1	4	0	2	4	0	0	5	4	0	2	2	2	0	0	0	2	4	4	0	1	1	0	0	5	5	4	2	0	5	5	5	0	
67	4	2	0	2	4	4	4	0	4	0	5	0	4	0	2	4	0	0	5	4	0	2	2	2	0	0	0	2	0	4	2	1	0	0	0	5	5	5	0	0	5	5	5	0	
68	0	0	0	0	2	2	0	0	4	2	4	0	5	4	2	4	4	0	5	4	0	4	1	0	0	0	4	2	0	0	2	0	0	0	5	5	4	5	0	0	5	5	5	0	
69	5	1	0	4	2	2	0	2	5	2	0	2	5	4	4	4	4	0	5	0	0	4	4	0	2	0	4	2	0	5	2	0	0	0	5	5	4	5	0	4	5	0	0		
70	0	2	4	4	2	0	2	2	5	2	4	2	4	0	0	4	4	2	0	0	0	4	4	0	2	0	0	2	0	5	2	4	0	0	5	5	5	4	2	4	4	4	4	0	
71	0	0	5	4	0	0	0	2	5	2	0	2	4	0	0	0	0	2	0	0	2	0	4	0	2	0	0	1	0	0	2	0	2	4	5	5	4	0	2	0	4	5	0	0	
72	0	0	5	4	0	2	2	0	5	0	0	2	5	0	4	0	4	2	0	0	2	0	4	5	2	4	2	1	2	4	2	0	2	4	5	4	5	0	0	4	4	5	0		
73	4	0	5	4	0	4	0	0	4	2	2	2	5	2	4	0	2	4	0	0	2	2	4	5	0	4	2	1	2	4	2	0	2	5	5	4	4	0	0	5	4	4	0		
74	5	2	5	2	0	4	0	0	4	0	2	2	5	2	0	0	2	4	5	5	2	2	5	5	0	4	2	1	2	4	2	0	2	0	0	4	0	4	2	0	5	5	5	0	
75	0	2	0	5	4	4	0	0	4	2	2	0	4	2	0	2	5	4	4	5	2	2	5	2	0	4	2	0	2	5	1	0	1	0	0	5	0	4	2	5	4	5	5	0	
76	5	2	4	5	0	4	4	4	5	4	0	0	4	0	4	2	4	4	0	5	2	2	5	2	1	4	1	0	1	5	1	0	1	4	0	4	0	5	2	4	4	5	5	0	
77	0	2	4	4	4	2	4	2	5	4	0	2	4	0	4	2	2	0	0	4	1	2	0	2	1	4	1	0	2	5	1	1	1	4	0	5	0	5	4	0	4	4	4	0	
78	5	0	4	4	4	2	2	2	5	4	0	2	5	0	4	4	0	0	0	4	1	1	0	2	1	1	1	0	1	5	1	1	1	4	0	4	4	5	0	4	4	0	4	0	
79	0	0	4	4	4	0	2	2	5	4	0	2	5	4	5	0	5	0	4	4	1	1	0	2	1	1	1	0	1	0	1	1	1	5	0	5	5	0	0	5	4	5	0		
80	0	0	4	4	4	0	2	2	4	0	4	2	4	4	5	0	4	0	4	4	1	1	4	2	1	0	1	0	1	0	0	2	1	5	0	0	5	4	0	5	4	5	0	0	
81	0	1	5	4	4	0	2	2	0	2	4	2	4	0	4	4	2	4	4	4	1	1	4	0	1	0	2	1	1	0	0	2	1	2	0	5	4	5	0	5	4	5	0	0	
82	0	2	4	4	0	2	2	2	0	0	0	2	5	0	4	2	0	4	4	0	1	1	4	0	1	0	2	1	1	4	2	2	0	2	0	4	5	5	4	5	5	4	5	0	
83	5	0	0	2	2	2	0	2	4	2	4	2	5	0	4	2	0	4	4	0	4	1	5	0	1	0	2	1	1	5	2	0	0	0	0	5	4	5	0	5	5	4	5	0	
84	0	0	0	0	2	4	0	2	4	0	4	2	4	0	0	2	0	0	4	4	4	1	5	0	1	0	2	1	1	4	2	0	0	0	0	4	5	5	2	5	4	5	5	0	
85	0	0	5	0	0	4	0	2	4	2	0	2	0	0	0	4	0	4	0	0	4	1	5	0	1	4	2	0	2	4	0	0	2	0	4	0	4	4	4	1	5	5	4	5	0
86	0	2	4	0	2	4	0	0	4	2	4	1	0	4	0	0	2	4	0	0	0	1	4	5	0	4	0	0	2	5	0	2	1	0	4	5	0	4	0	5	4	4	4	0	
87	0	0	4	4	1	4	0	0	0	0	4	1	4	4	0	0	0	0	0	4	0	1	4	0	0	4	0	0	2	4	1	2	2	4	5	4	4	4	2	4	4	5	5	0	
88	0	0	4	4	2	4	0	2	4	0	0	1	5	0	4	0	0	4	2	5	0	2	4	0	0	5	2	2	2	4	1	2	1	0	5	4	5	5	1	4	4	5	5	0	

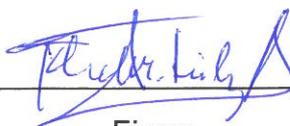
*

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Flor de María Sánchez Aguirre, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada **“Percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018”** del (de la) estudiante **Ledy Janet Dávila Lozano** constato que la investigación tiene un índice de similitud de 19% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito(a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituye 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.

Lima, 18 de agosto del 2018



Firma

Flor de María Sánchez Aguirre

DNI: 09104533



Percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Bra. Ledy Janet Dávila Lozano

ASESORA:

Dra. Flor de María Sánchez Aguirre

SECCIÓN:

Ciencias médicas

Resumen de coincidencias

19 %

1	repositorio.ucv.edu.pe	4 %
2	Entregado a Universida...	3 %
3	cybertesis.unmsm.edu...	2 %
4	www.bdigital.unal.edu...	1 %
5	docplayer.es	1 %
6	Entregado a Universida...	1 %
7	bdigital.ces.edu.co:8080	1 %



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Dávila Lozano Ledy Janet

D.N.I. : 05327377

Domicilio : Calle Marsella Nz- C 11- Lote 118 los Cedros de Villa - Chorrillos

Teléfono : Fijo : Móvil : 998466673

E-mail : davilajanet@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Doctorado

Grado : Maestra

Mención: Gestión de los Servicios de la Salud

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Dávila Lozano Ledy Janet

Título de la tesis:

Percepción de Cultura de Seguridad del paciente del
persona) asistencial del centro Quirúrgico del CMI Juan
Pablo II de Villa el Salvador, 2018

Año de publicación : 2019

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento, autorizo a la Biblioteca UCV-Lima Norte, a publicar en texto completo mi tesis.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

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

ESCUELA DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Ledy Janet Davila Lozano

INFORME TITULADO:

Percepción de cultura de seguridad del paciente del
personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan
Pablo II de Villa el Salvador 2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.

SUSTENTADO EN FECHA: 30 de octubre 2018

NOTA O MENCIÓN: Aprobado por mayoría



[Firma]
FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN