



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE DOCTORADO EN GESTIÓN
PÚBLICA Y GOBERNABILIDAD**

Dirección estratégica en la seguridad del paciente en un hospital de
Lima, 2019

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Doctora en Gestión Pública y Gobernabilidad

AUTORA:

Mgtr. Delia Mercedes Reynaldo Padilla (ORCID: 0000-0002-4172-9231)

ASESOR:

Dr. Walter Manuel Vásquez Mondragón (ORCID: 0000-0003-3210-9433)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de Políticas Públicas

Lima – Perú

2020

Dedicatoria:

A Dios por estar siempre a mi lado, dándome fuerzas para cumplir mis objetivos. A mi familia por todo el amor y apoyo incondicional recibido, porque sin ellos no estaría donde estoy ahora. A mis padres, Isaías y Julia por los valores que me inculcaron en el transcurso de mi vida.

Agradecimiento:

Al Dr. Manuel Vásquez Mondragón por su asesoría, apoyo, dedicación constante y orientación en esta investigación, siendo para mí un ejemplo de Profesionalidad. Sin su inestimable ayuda tanto técnica como teórica no hubiera sido posible la realización del presente trabajo.

A todas las personas que de una u otra manera colaboraron en la realización de este trabajo.

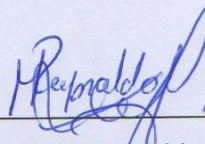
Página del Jurado

Declaratoria de autenticidad

Yo Delia Mercedes Reynaldo Padilla, estudiante de la Escuela de Posgrado, del programa Doctorado en Gestión pública y gobernabilidad, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; presento mi trabajo académico titulado: “Dirección estratégica en la cultura de seguridad en un Hospital Lima, 2019” en 68 folios para la obtención del grado académico de Doctora en Gestión pública y gobernabilidad, 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, 21 de enero de 2020



Delia Mercedes Reynaldo Padilla.

DNI: 09608745

Índice

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice	vi
Índice de tablas	vii
Índice de figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
Resumo	x
I. Introducción	1
II. Método	16
2.1 Tipo y diseño de la investigación	16
2.2 Operacionalización de variables	16
2.3 Población y muestra	17
2.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos	18
2.5 Método análisis de datos	18
2.6 Aspectos éticos	19
III. Resultados	20
3.1 Evaluación descriptiva	20
3.2 Resultados estadísticos inferenciales	22
IV. Discusión	27
V. Conclusiones	31
VI. Recomendaciones	32
VII. Propuesta	33
Referencias	35
Anexos	42

Índice de tablas

Tabla 1	Operacionalización de la variable dirección estratégica	16
Tabla 2	Operacionalización de la variable seguridad del paciente	17
Tabla 3	Niveles alcanzados de seguridad del paciente y dirección estratégica	20
Tabla 4	Niveles alcanzados de dimensiones de la seguridad del paciente dirección estratégica	21
Tabla 5	Valor de ajuste de los datos para el modelo de incidencia	22
Tabla 6	Valores de la bondad de ajuste para el modelo	22
Tabla 7	Varianza total de la variable seguridad del paciente	23
Tabla 8	Varianza total de la v promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional	24
Tabla 9	Varianza total de la variable seguridad en el cuidado al paciente	24
Tabla 10	Varianza total de la dimensión prevención de errores como prioridad organizacional	25
Tabla 11	Varianza total de la dimensión percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización	25

Índice de figuras

Figura 1	Niveles porcentuales de las variables Dirección estratégica & seguridad del paciente	20
Figura 2	Niveles porcentuales comparativos de las dimensiones de la variable Seguridad del paciente	21

Resumen

La finalidad del presente trabajo de investigación fue determinar la incidencia de la dirección estratégica en la seguridad del paciente en un Hospital de Lima, 2019; la muestra fue 203 colaboradores del área asistencial. La variable dirección estratégica se enmarco en las teoría; clásica de Penrose (1959), Liberal representada por Selznick (1957), Neoliberal de Ansoff (1965) y La Teoría neoclásica propuesta en 1991 por Rumelt entre otras. Y; la teoría del error propuesta por James Reason (1990) y la de seguridad (CS) son el basamento de la variable seguridad del paciente.

Para su propósito se ha empleado; el método hipotético deductivo, el diseño no experimental de nivel explicativo, recopilándose la información en un período específico de tiempo, mediante dos instrumentos, los cuales fueron validados mediante juicio de expertos y con alta confiabilidad (0,867) para dirección estratégica y (0,875) para seguridad del paciente según el coeficiente Alfa de Cronbach.

En cuanto a los resultados se encontró que según la prueba de regresión ordinal y del Pseudo R cuadrado existe dependencia de la seguridad del paciente en la dirección estratégica en el Hospital y con el coeficiente de Nagalkerke se afirma que la variabilidad de la seguridad del paciente depende del 81,3% de la dirección estratégica.

Palabras claves: dirección estratégica, promoción de la salud, seguridad del paciente, estrategia en acción.

Abstract

The purpose of this research work was to determine the incidence of strategic management in patient safety in a Hospital in Lima, 2019; The sample was 203 employees in the care area. The strategic direction variable was framed in the theory; Penrose's classic (1959), Liberal represented by Selznick (1957), Ansoff's Neoliberal (1965) and The Neoclassical Theory proposed in 1991 by Rumelt among others. Y; The theory of error proposed by James Reason (1990) and that of safety (CS) are the basis of the patient safety variable.

For its purpose it has been used; the hypothetical deductive method, the non-experimental design of explanatory level, the information being collected in a specific period of time, by means of two instruments, which were validated by expert judgment and with high reliability (0.867) for strategic management and (0.875) for patient safety according to Cronbach's alpha coefficient.

Regarding the results, it was found that according to the ordinal regression test and the Pseudo R square there is dependence on patient safety in the strategic direction of the Hospital and with the Nagalkerke coefficient it is stated that the variability of patient safety depends 81.3% of the strategic direction.

Keywords: strategic direction, health promotion, patient safety, strategy in action.

Resumo

O objetivo deste trabalho de pesquisa foi determinar a incidência do gerenciamento estratégico em segurança do paciente em um Hospital em Lima, 2019; A amostra foi de 203 funcionários da área assistencial. A variável de direção estratégica foi enquadrada na teoria; O clássico de Penrose (1959), o liberal representado por Selznick (1957), o neoliberal de Ansoff (1965) e a teoria neoclássica proposta em 1991 por Rumelt entre outros. E; A teoria do erro proposta por James Reason (1990) e a de segurança (CS) são a base da variável de segurança do paciente.

Para o seu propósito, foi utilizado; o método dedutivo hipotético, o desenho não experimental de nível explicativo, as informações coletadas em um período de tempo específico, por meio de dois instrumentos, validados por julgamento de especialistas e com alta confiabilidade (0,867) para gerenciamento estratégico e (0,875) para segurança do paciente de acordo com o coeficiente alfa de Cronbach.

Com relação aos resultados, verificou-se que, de acordo com o teste de regressão ordinal e o quadrado Pseudo R, há dependência da segurança do paciente na direção estratégica do Hospital e, com o coeficiente de Nagalkerke, afirma-se que a variabilidade da segurança do paciente depende 81,3% da direção estratégica.

Palavras-chave: direção estratégica, promoção da saúde, segurança do paciente, estratégia em ação.

I. Introducción

Entre los disímiles retos que se presentan en las organizaciones de salud a nivel mundial, una de ellas, es direccionar estratégicamente sus acciones para hacer frente; a los cambios constantes del medio, al avance tecnológico, a las políticas de estado, a los conflictos tanto internos como la satisfacción de los objetivos de los distintos grupos de interés presentes en toda organización y externos en el enfrentamiento con competidores u otros agentes sociales y sobre todo a los riesgos, errores, incidentes y sucesos adversos en los servicios asistenciales que van en contra de la seguridad del paciente (Kovacevic y Reynoso, 2015; Palacios, 2017). Y sucesos adversos conocidos también, como inconveniente no intencionado producido por el procedimiento de una dolencia que se deriva a invalidez, muerte o aplazamiento “de la estancia hospitalaria y no obedece a la enfermedad o estado subyacente del paciente” (Palacios y Bareño, 2016, p.19) eventos que aún persisten en altos porcentajes a pesar de que la Organización Mundial de la Salud (2004) señaló en sus lineamientos que la seguridad del paciente es un principio básico del cuidado hospitalario. Sin embargo, a nivel mundial anualmente se originan 134 millones de acontecimientos adversos por atención poco segura, que dan lugar a 2,6 millones de fallecimientos en nosocomios de países subdesarrollados (D’Lima et al, 2016)

Las instituciones de salud en su rol de mejora en la calidad asistencial entendida como, la seguridad del paciente, han puesto énfasis en el trabajo cooperativo los equipos de salud, de quienes asumen la responsabilidad ética y profesional de brindar atención con eficiencia y eficacia en sus organizaciones de salud (Benedicto, 2016). Y para cumplir con las exigencias de los pacientes, del familiar y otros grupos de interés efectúan proyectos guiados estratégicamente para la mejora continua de su desarrollo, la mayoría de estos proyectos están desligados de algunos de los niveles jerárquicos, lo cual exige el cumplimiento de metas y el logro eso no quiere decir, que son ajenos a los lineamientos, procedimientos, políticas o programas de las propias instituciones (Barra, 2017 y Hernández et al, 2017).

A partir de los lineamientos establecidos por la OMS en relación a la seguridad del paciente y la prevención de errores en la atención clínica, en Europa se han establecido organismos como; Healthcare Improvement Science (HIS), a través del Proyecto Europeo Improvement Science Training for European Healthcare Workers (ISTEW) costado por

la Comisión Europea y que también formó parte el país español (Macrae, 2016; Skela et al 2016). Estos organismos promueven la mejora en la calidad asistencial de las organizaciones de salud pública. En Norte América además de procurar la mejora en la calidad asistencial ha incluido temas en la calidad de atención en la formación específica de los profesionales. Tolson et al (2017) afirmó que para cambio verdadero y prometer una atención dirigida al paciente para que este sea “segura, eficaz, eficiente, equitativa y oportuna. Implica la mejora en los resultados del paciente, el desempeño de los sistemas sanitarios y la salud de la población” (p. 13). En los países miembros de la sociedad iberoamericana se han redactado y publicado manuales de buenas prácticas dando a conocer que la seguridad del paciente comprende los cuidados óptimos que se debe brindar a aquellas personas a quienes van dirigidas (Lillo, 2017).

La seguridad del paciente es materia de primer orden en el sector salud, ya que constituye un indicador básico de la calidad asistencial y su incremento constituye una antelación para los servicios sanitarios (Giménez et al, 2017), o sea, la seguridad del paciente es un factor esencial para alcanzar la calidad asistencial en salud de los pacientes de los Hospitales públicos. Por ello, países como Alemania y el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, en cooperación con la OMS, desde el 2016, organizan Cumbres Ministeriales sobre Seguridad del Paciente a nivel mundial, a fin de suscitar el compromiso y liderazgo político sobre la seguridad del paciente. Desde entonces, todos los años, la Cumbre se celebra en un país diferente, por ejemplo, en el 2018 tuvo se celebró en Japón, y en 2019 Arabia Saudita (Ejecutivo, 2018). En el Perú la Política Nacional de Calidad en Salud, asevera que “la baja calidad de los servicios de salud se perfila como uno de los problemas más álgidos en la atención de salud” presentándose entonces el desafío en la mejora de la calidad y seguridad del paciente en las diferentes instituciones prestadoras de servicio de salud y el personal de salud (Podesta y Maceda, 2017, p. 49). Y son los administrativos quienes deben de vigilar el cumplimiento de las normas de seguridad (de Andrés-Gimeno et al 2017).

El Perú, como integrante de la Asamblea Mundial de la Salud, mediante el Ministerio de Salud como ente rector, formaliza destrezas y elementos para ofrecer seguridad al paciente en el proceso de cuidado de la salud, la cual dio origen a la creación del Comité Técnico para la Seguridad del Paciente con carácter sectorial. Concretizándose en la

Resolución del Ministerio N° 143- 2006-MINSA, dicha comisión en el 2006 diseñó un Plan Nacional para la Seguridad del Paciente a la actualidad encontrándose aún en implementación en diferentes nosocomios (Martínez, 2016). En el año 2011 Minsa “la Resolución 308- 2010/MINSA que certifica el registro de Revisión de la Seguridad en Cirugía, dicho documento es flexible y adaptable a cada institución de modo que se pueda aplicar a sus prácticas cotidianas, con el propósito de respetar los modelos de calidad y seguridad respecto a la atención en las diferentes divisiones del Sistema Nacional de Salud en el ámbito peruano.

La fuente de superación de toda organización para alcanzar sus metas, propósitos, la alineación de su misión entre otros, es la dirección estratégica (Velázquez, Cruz y López, 2015). La dirección estratégica no sólo es importante en las entidades privadas, sino también, en las entidades públicas, ya que facilita de herramientas o programas para optimizar sus recursos y procesos la cual, implica movilidad de recursos de las organizaciones para la consecución de los objetivos (Lumpkin y Dess, 2015; Barra y Contreras, 2017) además es un mecanismo de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, en relación al presente y al futuro que toda institución anhela, de esta manera no sucumbirían a las variaciones y requerimientos del contexto sino más bien fortalecería la eficiencia evidenciando calidad en la prestación de sus servicios (Barra, 2016). Los directivos tienen que hacer sentir bien a los colaboradores y estos sentirse orgullosos, motivados y revalorizados, lo cual debe ser recíproco, pues se sabe que los problemas de un establecimiento en general y en particular de salud, sobre todo cuando se trata de la calidad asistencial, se deben a la ineficacia de los gestores (Ayuso, 2007).

Resultados de diferentes trabajos de investigación confirman que en las organizaciones de salud la dirección estratégica tiene alta incidencia en la seguridad del paciente, por lo que debe ser una temática de interés (García, Sánchez, Fernández, Gil y Expósito, 2017; Torres et al, 2017). La dirección estratégica, crea un relato ligado de procedimientos que se advierte desde el instante en que se revela una realidad adversa hasta que esta es acogida y corregida. (Hernández, Dávila, Noriega, Máynez y Torres, 2017) por lo que, una escasa dirección estratégica imposibilita la gestión de actividades funcionarias encaminadas a los actores de una organización, y el crecimiento mismo de la institución (Torres et al, 2017); en ese contexto se debe apostar por una buena dirección estratégica en

pos de un progreso en la seguridad del paciente, es decir, es imperativo que los administrativos tengan una buena percepción respecto a la seguridad del paciente porque ello, repercutirá en la mejora de la seguridad del paciente en las entidades a su cargo (Giménez et al, 2017).

En ese contexto se sitúa, el Hospital en estudio, es el más antiguo del Perú, el cual ya fue declarado en emergencia en el 2016. Y en el año 2017 el ministro de turno Fernando 'Alessio Ipinza detecto, fallas de seguridad en varias áreas del nosocomio, además de presentar dificultades reportadas respecto a la seguridad del paciente, siendo evidente la necesidad de optimizar el servicio de atención a los usuarios; en temas de las frecuencias de situaciones notificadas, la percepción de la seguridad de los pacientes, limitaciones en el trabajo en equipo, los cambios de turnos (El comercio, 2017). En el Hospital en estudio la calidad del servicio se encuentra normada pero no monitoreada. Además, se ha identificado que el personal conoce las normas, pero no lo aplican por muchos factores o situaciones rutinarias lo cual ocasiona una deficiencia en la seguridad, lo cual tiene efecto muchas veces adverso al trabajo del personal médico y en la salud de los usuarios.

En cuanto a los estudios a nivel internacional sobre la dirección estratégica se tiene a: Chang et al, (2017) quienes afirman que la inexistencia de una dirección estratégica detiene la gestión de acciones administrativas encaminadas a los representantes de la organización, a la toma de decisión colectiva y al desarrollo corporativo; al mismo tiempo apoya a la obtención de objetivos claros, puntuales, entendibles y frecuentes a lograr. En efecto la dirección estratégica es una pieza clave en toda entidad, pues facilita la planificación y el control. La planificación estratégica es también un componente elemental en el fortalecimiento de las relaciones internas entre todos los colaboradores de la organización, ya que facilita documentación para amparar los quehaceres, obligaciones y compromisos de cada uno (Silva, Macías y Santamaría, 2017).

Asimismo, (Barra y Contreras 2015, p. 27; Barra, 2017) afirmaron que las fases de la dirección estratégica, es un buen instrumento que contribuye a la profesionalización de la gestión y desarrollo institucional, dónde cada profesional y cada usuario de la Red Asistencial puede aportar para alcanzar el nivel óptimo de desarrollo de la gestión institucional. La participación en el proceso de ejecución de toda dirección estratégica, en

general deber ser compartida entre los directivos y los trabajadores. Además, la visión y misión de toda organización debe de estar clara y publicada en todas instituciones, lo cual debe ser una preocupación primaria de estos puntos para encausar el impulso hacia el logro de los objetivos que se han determinado en cada planificación del Servicio de Salud y por ende lograr el desarrollo de la estrategia que cada servicio de salud pretende explotar.

Velázquez, Cruz y López (2015) advirtieron que los resultados del manejo de herramientas como la dirección estratégica no pueden observarse a corto plazo, esto a pesar de que la satisfacción con su aplicación pueda llegar a valorarse tan pronto como el primer año después de su implementación. Sin embargo, Herrera (2019) afirma que la dinámica de las instituciones es cambiante por lo que se requiere de respuestas no solamente rápidas sino que se adapten al nuevo escenario, por lo que, el gran desafío de la gestión estratégica es presidir de un sistema de seguimiento y control adecuado, sostenido en elementos sólidos y transparentes para asegurar la calidad, lo cual permitiría contar con una información oportuna y efectiva, con la finalidad de atender las necesidades urgentes de la entidad y favorecer bidireccionalmente a los interesados.

Fernández et al, (2017, p. 36) a partir de sus hallazgos, afirmaron que en la gestión estratégica de una entidad de salud se debe formular y aplicar procesos que integren a todos, es decir, no solo a los grupos internos, sino a todos los actores, tanto; “internos como externos, a los accionistas/propietarios; empleados; clientes (pacientes y familiares); proveedores; gobierno; comunidad, sociedad y público en general; en la planificación”. De todos ellos, se deberá tomar en cuenta sus necesidades y objetivos, a fin de que se viabilice en el proceso estratégico, con miras a alcanzar "ventajas competitivas que sean sostenibles en el tiempo" (Muñoz y Calderón, 2018, p. 131). La dirección estratégica asiste a las diferentes entidades en hacer frente a los disímiles escenarios adversos que se presenten a lo largo del tiempo, así mismo impulsando el logro de objetivos y alcanzando el máximo de beneficios (Grant y Grant, 2014; Rutter et al, 2016). En tal sentido es imperativo que todas las entidades de salud cuenten con un apropiado plan estratégico como herramienta para que acopie las necesidades y objetivos de todos los grupos involucrados (Arias et al, 2016).

Para Robles et al, (2017) lo estratégico es fundamental en todas las entidades sobre todo en las entidades de salud, esta última por su alta responsabilidad social que involucra a diversos grupos internos y externos. Kliger (2015) aclaró que es sustancial que en los planes de seguridad es imperativo que además de los profesionales de la salud, también se deben involucrar los familiares y los mismos pacientes, pues el involucramiento del paciente en su seguridad, amengua los errores e incrementa la eficacia de las sinergias en su seguridad (Widmer, 2015)

Herrera y Tabares (2012), es su trabajo encontró que un modelo de dirección estratégica estricto y eficaz valió de herramienta para la dirección, la cual consintió apoyar a la tomar decisiones convenientes mediante un monitorio permanente de los indicadores de gestión, logrando una imperceptible eventualidad de efectuar errores futuros, alcanzando los lineamientos preceptos por la dirección, también aseveró que es de trascendental que las organizaciones sanitarias tengan una buena dirección estratégica, solo de esa forma podrá lograr sus objetivos por las gestiones correctivas y progresivas que realice asiduamente. En definitiva, es básico tomar en cuenta que los es necesario asumir que toda gestión orientada a lograr eficacia en contextos, donde es de prioridad aminorar riesgos y errores, se debe apostar por una correcta administración de involucrar a todos los agentes participantes. De tal manera, que la aneión de cualquier propuesta imprevista sea enfrentada de la mejor manera posible, así también, es ineludible que estas presuman un claro progreso solo así se hará frente a las dificultades dando lugar al buen ejercicio de la institución, como resultado de aceptación de todos sus miembros (Arenas y Macía, 2018).

En el ámbito peruano se tiene los estudios de; Ganoza (2016) quien afirmó que las entidades públicas se ven mejoradas con la aplicación de la gestión estratégica, lo cual se evidencia en la mejora del servicio brindado a la ciudadanía. Gamarra (2015) añade que la Dirección y gestión estratégica es clave también en la construcción y consolidación de la identidad de toda organización, sea; como partidos políticos o como movimientos sociales. Ramírez (2017) y Ramírez y Rosario (2019) coinciden que la dirección estratégica debe ser una de actividad cardinal en toda entidad, ya que a través de ella se precisa el norte que la organización seguirá, precisando que aquella es la fuente de éxito de toda entidad sea pública o privada. Por otro lado, Chambi (2016) en base a su estudio, afirmó que una buena administración de la información es la que tiene una alta correspondencia con la

complacencia del cuidado, no hallando mayor correspondencia en el ambiente hospitalario y la propia seguridad del paciente.

La seguridad del paciente es un elemento fundamental de la calidad asistencial, dentro de la práctica sanitaria, al respecto Vergara (2017) argumentó que el modo de vida de la seguridad del paciente tiene una asociación positiva y crítica con la toma de decisiones en las administraciones de procedimientos médicos del Nosocomio en estudio. La seguridad del paciente, o la pretensión sensata de impedir daños al paciente producido por la asistencia, es un elemento básico de la calidad asistencial y el estado previo para la ejecución de actividades clínicas (Giménez, Hernández y Aibar, 2019). Los incidentes contraproducentes conexos con la atención sanitaria son inconvenientes de la salud pública. A pesar; que existen procedimientos clínicos de comprobada eficacia para optimizar la seguridad del paciente, pero su consecución no es el deseable (Aibar et al, 2017), en un estudio se encontró un alto porcentaje del no cumplimiento con la seguridad del paciente, aunado a que las jefas de servicio realizaron el proceso con menor calidad, solo esperaban el cambio de turno sin dar un correcto informe, lo cual evidencia la falta de estándares en el proceso de atención. (Llapa et al, 2015; Nordin et al, 2015; Yáñez et al, 2019).

En correspondencia a las teorías relacionadas al tema, que sustentan el estudio se tiene: a la Teoría clásica postulada por Penrose (1959) quien pone especial énfasis en las capacidades directivas, asimismo, toma en cuenta el aspecto conductual en la que la responsabilidad y los valores del personal son claves. La Teoría Liberal representada por Selznick (1957) quien da jerarquía a la competencia independiente y al liderazgo acentuado, es decir, el líder es el elemento fundamental en la administración y sistematización en toda organización. En cambio, para la Teoría Neoliberal Ansoff (1965) la estrategia es imprescindible en toda dirección de las organizaciones, y también es un valor yuxtapuesto en la unificación de funciones, concentrando la discriminación de productos y mercados como parte fundamental en la decisión de competir. La Teoría neoclásica propuesta en 1991 por Rumelt y otros, siguen la línea de Penrose y Selznick, ellos refirieron que la dirección estratégica es una perspectiva dirigida a la gestión cimentada en apremios económicos y destrezas para dar cumplimiento a las metas, y apuesta en el liderazgo ejecutivo de las organizaciones.

La gestación de la dirección estratégica se inicia a partir de la adhesión de la estrategia a la esfera empresarial y de la acogida de una actitud estratégica (Sánchez, 2017). Y fue Ansoff (1965) reconocido teórico de la estrategia, quien instituyó la cultura del pensamiento estratégico en el mundo empresarial y académico (Márquez, 2016). En efecto nace el “paradigma de la estrategia empresarial” como una runa de tutelar el desarrollo o de encarar a la complejidad procedente de la nueva demanda, o también de la necesidad de una respuesta expeditiva para evadir costes ascendentes e impactos negativos, dada la celeridad de los cambios, que pueden acrecentar la aparición de “sorpresas estratégicas” no ansiadas (Azocar, 2016) la dirección estratégica identifica de forma prematura los cambios externos e internos para organizar respuestas rápidas, intentando que el nivel de sorpresa de los impactos sea el menor posible (Barra, 2016 y Bueno, 1996). De allí, la importancia de la dirección estratégica no sólo en las entidades privadas, sino también, en las entidades públicas para su buen funcionamiento y para poder proyectarse, dirigirse y mejorarse en pos de cumplir con los objetivos propuestos y la satisfacción de las necesidades (Rojas, y Pahola, 2018). Así también para Harrison y St. John (2002) la dirección estratégica es como la institución analiza y aprende desde su ambiente interno y externo. Y de acuerdo a ello; crea estrategias consignadas a la mejora de la institución.

La concepción de estrategia, facilitó el paso a la noción de planificación estratégica, y está al enunciado de la dirección estratégica, definida por (Almuiñas y Galarza, 2014; Abesada y Almuiñas, 2016) como un proceso reiterado y holístico de formulación, implementación y control de la estrategia, que tiene un conjunto de materias que se convierten gradualmente en el logro de los resultados lo cual impacta en la complacencia de varios tipos de demandas tanto del exterior e interior de la misma institución. Para (Rodríguez y Pedraja 2015; Velázquez, Cruz y López, 2015) es el proceso mediante el cual una organización procura alcanzar ventajas competitivas sustentables que le permita lograr el cambio deseado y tener éxito. La dirección estratégica es una herramienta con la cual se puede predecir futuros escenarios, facilitando tiempo para pensar y proyectar el quehacer de una organización a largo plazo, sin dejar de pensar en la actualidad y entregar la flexibilidad que toda organización que se desenvuelve en un ambiente competitivo y cambiante necesita, para asegurar su subsistencia (Barra y Contreras, 2015).

Zenteno y Silva (2016); Huerta y Pedraja (2019) señalaron que la dirección es ejecutar acciones, que mediante las cuales el directivo direcciona al personal para lograr los objetivos de la organización. Y además inciden en que los directivos deben direccionar las estrategias desde el momento que asumen sus roles como conductores integrales para así contribuir a la formación de las personas, al desarrollo de las instituciones y de la sociedad, y al crecimiento de los países, por ello uno de los desafíos para la dirección estratégica de las instituciones es de contar con un sistema de motivación, liderazgo, comunicación y trabajo en equipo. Robles, et al (2017) la motivación de los colaboradores es fundamental en las actividades de analizar las formas y la manera de procedimientos que se realizan día a día dentro de una institución que involucra; eficacia, tiempo de reacción, liderazgo asociados a la capacidad de influencia informal ligados a la cultura. Otro elemento importante es la comunicación como pieza clave en la coordinación asertiva entre la gestión estratégica y operativa de la institución así también, las alianzas con proveedores o clientes que se hallan geográficamente disgregados, el trabajo en equipo es el primer eslabón para el cumplimiento de la estrategia. La ejecución apropiada y sistemática de estrategias de implicación de los pacientes y programas de transmisión de conocimientos básicos sobre salud podría reducir hasta un 15% los daños totales, lo que supondría un excelente rendimiento (Slawomirski, 2018, p. 7).

En tal sentido, la dirección estratégica es un acumulado de disposiciones que se toman en cuenta de forma usual por un líder de la entidad que forja la viabilidad de encumbrar el compromiso de los colaboradores utilizando estrategias de estimulación e instituyendo planes de incentivos económicos acrecentando la responsabilidad de los trabajadores, de modo que, esto se exprese en la producción organizacional, y de esta manera, lograr las metas en cumplimiento de sus objetivos. En tal sentido, queda claro que la dirección estratégica domina todas las dimensiones orientadas a formular e implementar estrategias. La dirección estratégica está comprendida por: La posición estratégica, elecciones estratégicas y estrategia en acción consideradas como dimensiones (Johnson, Scholes y Wittington, 2006 citado en Cordell et al 2019)

La posición estratégica, como primera dimensión de la dirección estratégica, establece las consecuencias que tiene el ambiente externo sobre la organización, es decir, el entorno es un hito importante de la posición estratégica el cual está compuesto por los elementos existentes fuera de las fronteras de la entidad y que pueden perturbar total o en

partes. En tal sentido, las metas y objetivos de las instituciones están adscrito a elementos no contemplados que originan o establecen oportunidades y amenazas, y es función de la dirección estratégica analizarlas y estudiarlas, con la finalidad de trazar objetivos. Asimismo, establecer la incidencia del contexto, el conocimiento estratégico de “un elemento, entidad o estructura organizada; los recursos, idoneidad, autoridad y las expectativas e influencias de las partes involucradas referidas a la estrategia” (Johnson, Scholes y Wittington, 2006 citado en Cordell et al 2019).

La elección estratégica, como segunda dimensión establece la forma de cómo se van a ejecutar las acciones de gestión operacional o los cambios, este acata al planteamiento estratégico, formalizando un análisis de las variables oportunas. La elección de una estrategia competitiva obedece a la gerencia, pues el gerente debe elegir una táctica, que permita a su institución una ventaja competitiva; que lo diferencie de los otros básicamente; y hacer que la calidad en la organización sea sostenible (Johnson, et al 2006 citado en Cordell et al 2019; Robins y Coulter, 2014).

La elección estratégica está ligada a la toma de decisiones, la cual se presenta como una circunstancia de disputa, la elección se registra con el objetivo de poner punto final a la contienda que causa la presión y el requisito para el acuerdo y las condiciones en las que la elección debe ser apartada unos minutos para la sucesión de resultados. Se caracterizan por estar fuertemente vinculada a los factores cognitivos, actitudinales, valorativos y experienciales que los generan en la dimensión del profesional a cargo de la toma de decisiones (Robbins y Coulter 2005; Schwarz, 2018), “entre ellas, la circunspección de lo epistémico de la realidad, las posibilidades de estímulo y sanción coligadas a cada una de las opciones y los indicadores emocionales asociadas a cada una de las posibles respuestas” (Piñon et al, 2018, p.161).

En el sector salud la elección de una estrategia es una realidad habitual, no obstante, con bastantes desafíos debido a su complejidad, ya sea por las particularidades del usuario, del entorno o de la condición de salud. Los médicos deben elegir el curso de acción correcta cuando las vidas de sus pacientes están en peligro. La elección de una estrategia es una opción de acierto entre muchas, es una acción esencial en toda organización (Díaz, 2005; Mosqueda, Mendoza y Jofré, 2014; Schwarz, 2018). En el campo de la salud se asume el

paradigma de la efectividad cuando se trata de la capacidad de toma de decisiones, ya que este incorpora a la seguridad. Díaz (2005) basado en la obra de Druker llamada “La decisión efectiva”, en donde “una decisión para cumplir con la característica de ser efectiva, debe ser el resultado de un proceso sistemático, con elementos definidos que se manejan en una secuencia de pasos precisos” (Fernández, et al, 2015, p. 251). Además, en el sector salud elegir una decisión es básico para avalar la anticipación a los problemas en la complacencia de las demandas de pacientes, familiares y otros grupos de interés (Torres et al 2017).

En cuanto a la estrategia en acción, como tercera dimensión, es un aspecto elemental en la plasmación de todo plan operativo, ya que indicará con refulgencia los ejercicios procedentes las cuales van a permitir su persecución y estudios del incumplimiento advertido, para cambiar y acordar estrategias si hubiese la necesidad de tal manera que la entidad perenemente este enfocada en las metas. Lo cual, hace imperativo conocer oportunamente la ejecución efectiva de las estrategias aplicadas. Es la innovación incesante de la entidad en contestación a los cambios y de paso apoderarse de la noción valiosa, “experiencia que se encuentran en todos los ámbitos de la organización, ya que a través de esos procesos informales se podrán generar y compartir conocimientos para obtener una ventaja competitiva” (Johnson, Scholes y Wittington, 2006, p.390).

En cuanto a la teoría relacionado al tema referente a la corriente de seguridad del paciente adquirió vigencia en la postrema década del siglo XX, después de la divulgación de (To err is human: Building a Safer Health Care System) del Institute of Medicine (IOM), informe que puso en evidencia los sucesos adversos en salud como hechos habituales que incrementan el número de enfermedades, la mortalidad y los costos económicos para los nosocomios y el régimen de salud. (Arias y Gómez, 2017; Pinheiro y Junior, 2017). Desde entonces, la seguridad del paciente es considerado como un elemento principal en la calidad de asistencia y un derecho de los pacientes avalado por las organizaciones como: Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Comité de Sanidad del Consejo de Europa. Actualmente, la seguridad del paciente apuesta por la salud y no por la enfermedad (Hernández et al 2014; Lillo, 2017).

La noción de cultura de la seguridad surge en los años 80 después del incidente nuclear de Chernóbil en Ucrania, y fue la Organización Internacional de Energía Atómica la que la definió, subsiguientemente fue acondicionada como la cultura de seguridad del paciente, de modo que es definida como la suma de los valores tanto personales como grupales, tomando en cuenta, las “actitudes, percepciones, competencias y estándares de comportamiento que determinan el estilo, la capacidad de la salud organizativa y la gestión de seguridad” (Pinheiro y Junior, 2017, p. 311), es decir, la seguridad del paciente concierne a un conjunto de dogmas y modos que manan desde el inicio del desarrollo investigativo y la experiencia adquirida, enfocadas en el bienestar máximo del sujeto cuidado (Gómez et al, 2011). Camacho y Liseth (2018) determinaron que, además del cúmulo de valores y normas habituales de las personas insertas en una entidad, la seguridad del paciente involucra un paradigma mental participativo que ubica a la seguridad como un ideal a lograr. En general, la seguridad del paciente, trata de disminuir los incidentes antagónicos imputables a las atenciones recibidas por los pacientes y potencialmente prevenibles.

La seguridad del paciente se sustenta en dos corrientes ideológicas como: la teoría del error de James Reason (1990) quien insta que los errores son inherentes a las personas por ello es difícil evitarlo, pero si es posible cambiar el contexto en que las personas operan, volviéndolo más seguro, y resistentes a la generación de errores, impidiendo que los fallos transfieran capas de protección y ocasionen daños devastadores. Y la cultura de seguridad (CS) esta teoría postula que toda persona e institución debe tener un compromiso con la seguridad y también debe emplear las mejores prácticas y estándares para crear un clima de confianza mutua en donde los fallos son fuente de aprendizaje (Rocco y Garrido, 2017). Finalmente se fija como dimensiones: la promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional, la seguridad en el cuidado al paciente, la prevención de errores como prioridad organizacional y la percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización (Schwonke et al, 2016). La promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional es de vital importancia, involucrar al paciente en su autocuidado, así también a sus familiares (Silva, 2017) en definitiva la promoción de la seguridad del paciente depende de las expectativas y acciones de los administradores para promover la seguridad del paciente (Singer et al, 2016).

En cuanto a la prevención de errores como primacía organizacional toma cuenta a la valorización de la seguridad del paciente como primera opción, inclusive en menoscabo de la realización o eficacia (Schwonke, Filho, Lunardi, da Silveira, Rodrigues, & Guerreiro, 2016). Para Martínez (2016, p. 31) los resultados de la seguridad del paciente son los marcos de advertencia en donde se pueden organizar las tareas sociales (o el tipo de clientes y los registros de seguridad) o, en la opción o ruta correspondiente, para los clientes que proporcionaron datos valiosos sobre mejorar la seguridad. Los marcos de alistamiento son útiles para recopilar datos tanto en ocasiones y casos desfavorables como para beneficiarse de las deficiencias que se distinguen. En cuanto a la segunda dimensión; seguridad en el cuidado al paciente, se describe como la no ocurrencia de olvidos, descuidos, errores, deslices y violaciones de procedimientos cometidos en la asistencia al paciente (Schwonke, Filho, Lunardi, da Silveira, Rodrigues, & Guerreiro, 2016). La no ocurrencia de olvidos, descuidos, errores, deslices y violaciones de procedimientos cometidos en la asistencia al paciente se debe a la dirección estratégica (Reason, 2017).

Así también la tercera dimensión; Prevención de errores como prioridad organizacional, esta dimensión toma en cuenta el valor de la seguridad del paciente como primacía, incluso en menoscabo de la producción o eficiencia (Schwonke et al, 2016). Finalmente, la dimensión; percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización, es descrita como la representación integral de una visión de prevención y análisis de errores en la atención a la salud (Schwonke et al, 2016). Es el funcionamiento como grupo para ofrecer servicios humanos protegidos, y se fundamenta en las personas que están preparadas para los trabajos y esa demostración en conjunto para el mayor beneficio del paciente. Hoy en día la visión del riesgo en los servicios de salud, sobretudo en establecimientos de salud públicos, es un tema complejo y de prioritaria intervención, no obstante, se da prioridad a otros indicadores de gestión como cumplir las metas mensuales entre otras (Figueroa-Montes, 2015). Se debe de considerar que la perspectiva punitiva de los errores clínicos no conlleva a prevenir errores sino más bien a efectos negativos como al ocultamiento de los mismos (Fallowfield, 2016), la perspectiva médica como el diagnóstico y la terapéutica tienen una fiabilidad del cien por ciento, no obstante el ejercicio de la medicina y la condición humana no están exentas al error, por ello la seguridad del paciente ha sido, es y será siendo un desafío para el contexto sanitario (Bugarin, Portela y Rodríguez, 2019)

En tal sentido los problemas de investigación se formula de la siguiente manera: (1) ¿Cómo incide la dirección estratégica en la seguridad del paciente en un Hospital Nacional de Lima, 2019?, (2) ¿Cómo incide la dirección estratégica en la promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional en un Hospital de Lima, 2019?, (3) ¿Cómo incide la dirección estratégica en la seguridad en el cuidado al paciente en un Hospital de Lima, 2019? (4) ¿Cómo incide la dirección estratégica en la Prevención de errores como prioridad organizacional en un Hospital de Lima, 2019? y (5) ¿Cómo incide la dirección estratégica en la Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización en un Hospital de Lima, 2019?

El desarrollo de la presente investigación se justifica teóricamente, ya que la dirección estratégica en el sector salud es clave porque una correcta dirección estratégica trae consigo una buena planificación en general para toda organización y particularmente en el sector salud ya que es una herramienta que apoya el reconocimiento de las necesidades de la institución para organizar protocolos de prevención o control de enfermedades, evitando de esta manera epidemias o pandemias asimismo, es imprescindible para cumplir con los objetivos institucionales. Y en conjunto dirección estratégica en la incidencia de la seguridad del paciente, enfocado actualmente en la salud más no en la enfermedad

Metodológicamente el estudio se justifica ya que ha utilizado dos instrumentos y cada uno ha sido validado y también se halló la confiabilidad de cada instrumento; en cuanto al proyecto que se va a realizar propone un nuevo método o una nueva estrategia para generar conocimiento valido y confiable. El desarrollo de la investigación se apoyará en la resolución del problema sobre seguridad del paciente en el Hospital Nacional “Dos de mayo” que en estos últimos años se está incrementando.

Los objetivos a lograr con el estudio son: (1) Determinar la incidencia de la dirección estratégica en la seguridad del paciente en un Hospital de Lima, 2019, (2) Determinar la incidencia de la dirección estratégica en la promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional en un Hospital de Lima, 2019, (3) Determinar la incidencia de la dirección estratégica en la Seguridad en el cuidado al paciente en un Hospital de Lima, 2019, (4) Determinar la incidencia de la dirección estratégica en la Prevención de errores como

prioridad organizacional en un Hospital de Lima, 2019 y (5) Determinar la incidencia de la dirección estratégica en la Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización en un Hospital de Lima, 2019.

Y como respuestas tentativas a las preguntas de investigación se tiene a las hipótesis de investigación formuladas como: (1) La dirección estratégica incide en la seguridad del paciente en un Hospital de Lima, 2019, (2) La dirección estratégica incide en la promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional en un Hospital de Lima, 2019, (3) La dirección estratégica incide en la en la seguridad en el cuidado al paciente en un Hospital de Lima, 2019, (4) La dirección estratégica incide en la prevención de errores como prioridad organizacional en un Hospital de Lima, 2019 y (5) La dirección estratégica incide en la percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización en un Hospital de Lima, 2019.

II. Método

2.1. Tipo y diseño de la investigación

Siguiendo a la naturaleza de los objetivos e interrogantes de investigación, el estudio se orientó y desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, el estudio fue de tipo fundamental o básica, ya que, se buscó acrecentar el conocimiento teórico de las variables en estudio, el nivel fue explicativo y el diseño corresponde al no experimental, es decir no se manipuló la variable independiente ni se modificó la variable dependiente solo se determinó las relaciones causales entre variables y de carácter transeccional debido a que la data fue recolectados en un solo momento o sea en un tiempo único. Y el método utilizado fue el hipotético deductivo (Hernández & Mendoza, 2018; Otero, 2018; Ramos, 2015 y Ricoy, 2006).

2.2 Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de la variable dirección estratégica

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas y valores	Niveles y rangos
Posición estratégica	El entorno	1 al 9	Ordinal tipo Likert	Muy adecuada [33-45]
	Capacidad estratégica			Adecuada [21-32]
	Expectativas y propósitos Alianzas estratégicas			Inadecuada [9-20]
Elecciones estratégicas	Estratégicas institucionales e interinstitucionales.	10 al 17	1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre	Muy adecuada [27-35]
	Dirección y métodos de desarrollo <i>Organizar</i>			Adecuada [17-26]
Estrategia en acción	Posibilitar	18 al 24		Inadecuada [7-16]
	Gestionar el cambio			Muy adecuada [22-30]
	Variable total			Adecuada [14-21]
				Inadecuada[6-13]
				Muy adecuada[88-120]
				Adecuada [56-87]
				Inadecuada[24-55]

Tabla 2

Operacionalización de la variable seguridad del paciente

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas y valores	Niveles y rangos
Promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional	Cuidado del paciente	1 al 5		Muy buena [19-25]
	Seguridad del paciente.			Buena [12-18]
	Capacitación			Regular[5-11]
Seguridad en el cuidado al paciente	Comunicación oportuna.	6 al 9	Nunca1 Casi nunca2 A veces3 Casi siempre4 Siempre5	Muy buena [15-20]
	Percepción de seguridad			Buena [10-14]
Prevención de errores como prioridad organizacional	Respuesta no punitiva a los errores.	10 al 13		Regular[4-9]
	Trabajo en equipo			Buena [10-14]
	Feed-back – errores			Muy buena [15-20]
Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización	Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	14 al 16		Buena [7-10]
				Regular [3-6]
	Total			Muy buena [57-80] Buena [36-56] Regular [16-35]

2.3 población y muestra

La población del estudio es el total de los trabajadores profesionales y técnicos que laboran en las salas de hospitalización de medicina y cirugía de adultos, pues, la población según Hernández & Mendoza (2018) es el conjunto de todas las materias que conforman o cumplen con una serie de descripciones. La razón por la que se considera toda la población, es que la muestra estará constituida por el 100% del personal asistencial que laboran en las salas de hospitalizaciones de las medicinas y cirugías de adultos del Hospital, en total son 203

colaboradores entre Médicos asistenciales, Licenciados de Enfermería, Técnicos de Enfermería y Médicos Residentes. (Ver anexo 6)

2.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Las técnicas son procedimientos que se aplican mediante un instrumento con la intención de conseguir información, y para la obtención de datos se manejó la encuesta en esta investigación, ya que, la encuesta es una técnica que además de recoger percepciones; indaga, explora y recolecta datos, por medio de preguntas enunciadas directa o indirectamente a los sujetos que constituyen una unidad de análisis (Carrasco, 2009).

Instrumento

Los instrumentos son medios de los que se vale un investigador para registrar los datos precisos con el fin de lograr los objetivos propuestos en la investigación, por ello, el instrumento empleado fue el cuestionario para las variables con una escala de Likert. El cual se estructuró a partir de las dimensiones e indicadores de cada variable (Carrasco, 2009). La ficha técnica ver (anexo 3). Se realizó la validación de contenido a través de la técnica de juicio de expertos. Los expertos fueron docentes de la escuela de posgrado de la universidad César Vallejo: Experto 1. Dr. Walter Vásquez Mondragón, experto 2. Dr. Luis Núñez Lira, experto 3. Dr. Genebrando Mejía Motenegro, experta 4. Dra. Karen Alfaro Mendiebes y experta 5. Dra. Luzmila Garro Aburto. Se obtuvo la determinación de ser aplicable.

La confiabilidad se ejecutó en una prueba piloto con 20 colaboradores de un Hospital nacional; dichos colaboradores no forman parte de la muestra. Una vez obtenido los datos fueron procesados mediante el estadístico Alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna de los instrumentos, obteniendo un grado alto de confiabilidad; (0,867) y (0,875) ver (anexo 4) para la variable dirección estratégica y seguridad del paciente respectivamente, determinando que los instrumentos son altamente confiables.

2.5 Método análisis de datos

Los datos obtenidos por medio de los cuestionarios se organizaron, se procesó y analizó descriptivamente. Se procesaron los datos con el apoyo de la hoja de cálculo Excel 2013 y el software SPSS 25 luego la información fue organizada en tablas y figuras de distribución

de frecuencias y porcentajes para su presentación. En cuanto a la prueba de hipótesis se utilizó la prueba estadística regresión ordinal.

2.6 Aspectos éticos

Se trabajó siguiendo el formato de tesis de la universidad, se contó con el permiso del Hospital, la información tanto de los artículos, libros y otro material bibliográfico fue debidamente referenciada de forma ética, respetando los criterios del estilo APA sexta edición, no se juzgó las respuestas de los participantes se salvaguardó particularidad y el anonimato, así como el respeto hacia el evaluado.

III. Resultados

3.1 Evaluación descriptiva

Se presenta los resultados descriptivos sobre los niveles de percepción que tienen los trabajadores profesionales del área asistencial.

Tabla 3

Niveles alcanzados de seguridad del paciente y dirección estratégica

Variable	niveles	F	%
Seguridad del Paciente	Mala	36	18%
	Regular	109	59%
	Buena	48	24%
Dirección estratégica	Deficiente	51	25%
	Regular	110	54%
	Eficiente	42	21%
Válidos		203	100,0%
Perdidos		0	
Total		203	

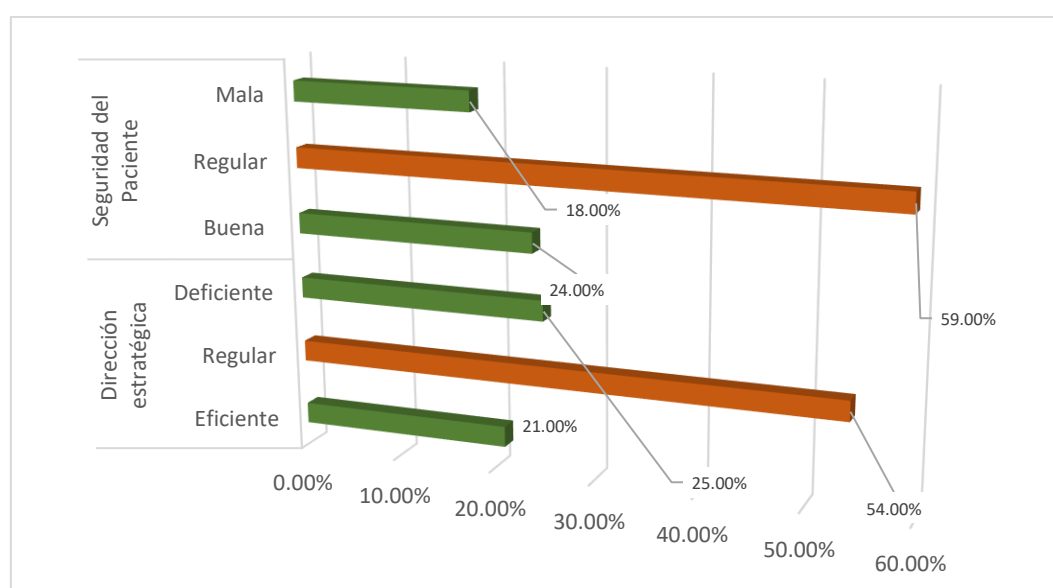


Figura 1. Niveles porcentuales de las variables Dirección estratégica & seguridad del paciente

De acuerdo a lo observado en la figura 1, el 25%, 54% y 21% de los colaboradores perciben que la Dirección estratégica es deficiente, regular y eficiente respectivamente. Y por otro lado los resultados de la variable seguridad del paciente datan que; el 18%, 59% y 24% del personal lo perciben como mala, regular y buena, concluyendo que el nivel que predomina

es el regular. Resultados preocupantes, ya que se espera que todas direcciones de las instituciones de salud deben pretender una buena seguridad en su organización y velar por esta.

Tabla 4

Niveles alcanzados de dimensiones de la seguridad del paciente y dirección estratégica

	Niveles	f	%		Niveles	f	%
Promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional	Mala	62	31%	Posición estratégica	Deficiente	35	20%
	Regular	99	49%		Regular	67	39%
	Buena	42	21%		Eficiente	71	41%
Seguridad en el cuidado al paciente	Mala	47	23%	Elección estratégica	Deficiente	39	19%
	Regular	118	58%		Regular	107	53%
	Buena	38	19%		Eficiente	57	28%
Prevención de errores como prioridad organizacional	Mala	65	32%	Estratégica en acción	Deficiente	52	26%
	Regular	93	46%		Regular	108	53%
	Buena	45	22%		Eficiente	43	21%
Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización	Mala	59	29%				
	Regular	106	52%				
	Buena	38	19%				
Válidos		203	100,0%			203	100%
Perdidos		0				0	
Total		203				203	

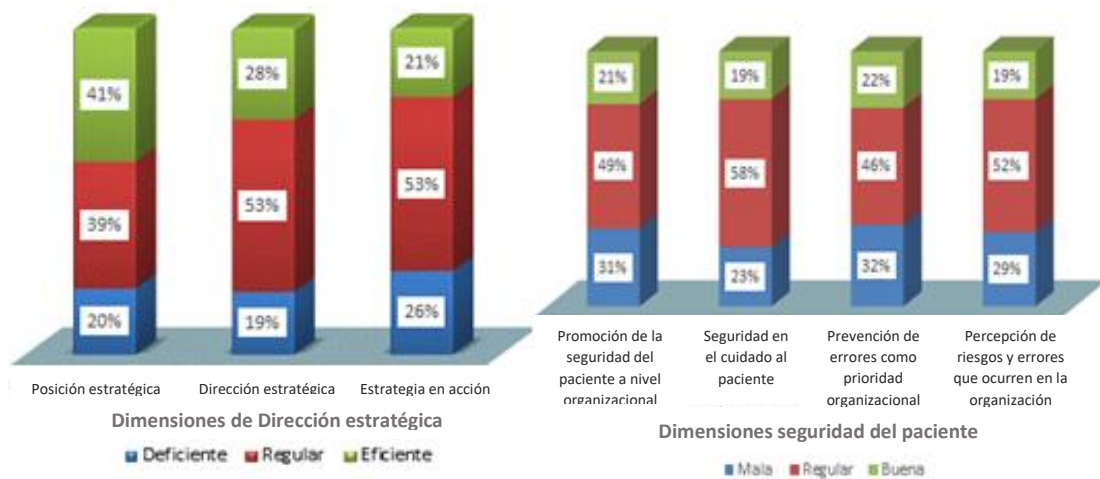


Figura 2. Niveles porcentuales comparativos de las dimensiones de la variable seguridad del paciente

En cuanto a los resultados de las dimensiones; Promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional y prevención como prioridad organizacional tienen tendencia al nivel regular, mientras que la dimensión percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización tiene tendencia al nivel malo, mientras que en la dimensión seguridad en el

cuidado al paciente predomina el nivel regular con más del 50%. En cuanto a la variable dirección estratégica se tiene que la tendencia en la posición estratégica es eficiente mientras que en la elección estratégica y estrategia en acción la tendencia es a regular. Resultados que exhortan a analizar el poco compromiso, la poca responsabilidad y la poca capacidad de los directivos, ya que los estudios dan cuenta que cuando mayor es el grado de compromiso de los directivos mayor también es el compromiso de los trabajadores y a la vez esta incide en el incremento de la seguridad del paciente.

3.2 Resultados estadísticos inferenciales

Deducciones anteriores al estudio de los datos

Significancia = 0,005

Regla de decisión → Si $p_valor \leq 0.05$ rechazar H_0
 Si $p_valor \geq 0.05$ aceptar H_0

Tabla 5

Valor de ajuste de los datos para el modelo de incidencia

Ajuste_modelos				
Modelo	Log_verosimilitud -2	Ji-cuadrada	gl	Sig.
Concurrencia	357,664			
Final	,000	357,664	9	,000

Función de enlace: Log.

Los resultados obtenidos advierten la sumisión de la seguridad del paciente en la dirección estratégica, igualmente el valor del Chi cuadrado que es de 57,664 y $p = ,000 < \alpha$, de acuerdo a los valores hallados se falla en aceptar la hipótesis nula, es decir; las variables no son autónomas, por lo que existe sumisión de una variable en la otra.

Tabla 6

Valores de la bondad de ajuste para el modelo.

Bondad_ajuste			
	\hat{J} -cuadrada	gl	Sig.
Pearson	,000	9	,854
Desvianza	,001	9	,867

Función de enlace: Logit.

En la tabla 4 se observa los resultados obtenidos de la prueba de bondad de ajuste, los cuales confirman el fallo en el rechazo de la hipótesis nula ya que el $p_valor = 0,854 \rightarrow \alpha = 0,05$ en consecuencia, los resultados se ajustan al modelo, lo cual confirma que la dirección estratégica incide sobre la variable y dimensiones de la seguridad del paciente. En cuanto a las estimaciones de los parámetros los resultados confirman; la existencia de posibilidad de que cuando el nivel de la dirección estratégica sea eficiente entonces el nivel de la seguridad del paciente será buena (ver-anexo-estimación-parámetro). Concluyendo que existe incidencia de las estrategias de los directivos en el compromiso de los trabajadores y ellos en la seguridad del paciente.

Comprobación de hipótesis

Primera hipótesis

H₀. La dirección estratégica no incide en la cultura de seguridad del paciente.

H₁. La dirección estratégica incide en la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 7

Varianza total de la variable seguridad del paciente

	Pseudo_R²
Cox y Snell	,706
Nagelkerke	,813
McFadden	,604

Función-enlace: Logit.

Los resultados de la tabla 5 dan cuenta que las estimaciones se ajustan al modelo, es decir que cuando existe una eficiente dirección estratégica existirá una buena seguridad del paciente en el establecimiento de salud en estudio. El valor de R², es de 0,813, valor que permite afirmar que el modelo explica en un 81,3% a la variable real.

Segunda hipótesis

H₀. La dirección estratégica no incide en la promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional

H₁. La dirección estratégica incide en la promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional

Tabla 8

Varianza total de la v promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional

Pseudo_R²	
Cox y Snell	,542
Nagelkerrke	,661
McFahdden	,456

Función de enlace: Logit.

Los resultados de la tabla 6 dan cuenta que las estimaciones se ajustan al modelo, es decir que cuando existe una eficiente dirección estratégica existirá una buena promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional en el establecimiento de salud en estudio. El valor de R^2 , es de 0,661, valor que permite afirmar que el modelo explica en un 66,1% a la variable real.

Tercera hipótesis

H₀. La dirección estratégica no incide en la seguridad en el cuidado al paciente

H₁. La dirección estratégica incide en la seguridad en el cuidado al paciente

Tabla 9

Varianza total de la variable seguridad en el cuidado al paciente

Pseudo_R²	
Cox y Snell	,706
Nagelkerke	,813
McFadden	,604

Función-enlace: Logit.

Los resultados de la tabla 7 dan cuenta que las estimaciones se ajustan al modelo, es decir que cuando existe una eficiente dirección estratégica existirá una buena seguridad en el cuidado al paciente en el establecimiento de salud en estudio. El valor de R^2 , es de 0,813, valor que permite afirmar que el modelo explica en un 81,3% a la variable real.

Cuarta hipótesis

H₀. La dirección estratégica no incide en la prevención de errores como prioridad organizacional

H₁. La dirección estratégica incide en la prevención de errores como prioridad organizacional

Tabla 10

Varianza total de la dimensión prevención de errores como prioridad organizacional

Pseudo_R²	
Cox y Snell	,634
Nagelkerke	,719
McFadden	,471

Función de enlace: Logit.

Los resultados de la tabla 8 dan cuenta que las estimaciones se ajustan al modelo, es decir que cuando existe una eficiente dirección estratégica existirá una buena prevención de errores como prioridad organizacional en el establecimiento de salud en estudio. El valor de R², es de 0,719, valor que permite afirmar que el modelo explica en un 71,9% a la variable real.

Quinta hipótesis

H₀. La dirección estratégica no incide en la dimensión percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización

H₁. La dirección estratégica incide en la dimensión percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización.

Tabla 11

Varianza total de la dimensión percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización

Pseudo_R²	
Cox y Snell	,668
Nagelkerke	,786
McFadden	,581

Función-enlace: Logit.

Los resultados de la tabla 9 dan cuenta que las estimaciones se ajustan al modelo, es decir que cuando existe una eficiente dirección estratégica existirá una buena percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización en el establecimiento de salud en estudio. El valor de R^2 , es de 0,786, valor que permite afirmar que el modelo explica en un 78,6% a la variable real.

IV. Discusión

En cuanto a los resultados descriptivos se tiene que el 64,5%, 19,7% y 15,8% de los colaboradores perciben que la Dirección estratégica es deficiente, regular y eficiente respectivamente y con respecto a la seguridad del paciente el 44,8%, 39,9% y 15,3% del personal lo perciben como mala, regular y buena en el nosocomio en estudio. Resultado alarmante, ya que según Ayuso (2007), los directivos tienen que hacer sentir bien a los colaboradores y estos sentirse orgullosos, motivados y revalorizados, lo cual debe ser recíproco, pues se sabe que los problemas de un establecimiento en general y en particular de salud, sobre todo cuando se trata de la calidad asistencial, se deben a la ineficacia de los gestores. Pues es función de los directivos desarrollar estrategias para reducir los daños innecesarios de los pacientes, uno de las estrategias es hacer que todos los profesionales participen e incluso los pacientes. Sin embargo, Ayuso et al (2017) afirman que aún existe resistencia de los administradores y algunos profesionales, los cuales obstaculizan la participación de los pacientes en el cuidado sanitario.

En cuanto a la dimensión, promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional el 45,8%, 49,3% y seguridad en el cuidado al paciente el 64,5% y 30,5% lo perciben como mala y regular respectivamente estos resultados también son preocupantes, ya que la promoción de la seguridad del paciente es piedra angular del sector salud y se desarrolla desde la atención primaria (Rotter, 2016). Así también, fueron los resultados encontrados por (Llapa, 2015; Nordin, 2015; Yáñez y Zárate, 2018) quienes en sus estudios encontraron un alto porcentaje del no cumplimiento con la seguridad del paciente, aunado a que las jefas de servicio realizaron el proceso con menor calidad, solo esperaban el cambio de turno sin dar un correcto informe, lo cual evidencia la falta de estándares en el proceso de atención.

Los temas que se debe tratar de forma inmediata son; la prevención de errores como prioridad organizacional y la percepción de riesgos y errores, ya que; más del 50% de los colaboradores lo perciben en un nivel regular con tendencia a mala. Temas que se deben poner atención desde la dirección, por lo que Figueroa-Montes (2015) refiere que hoy en día la visión de del riesgo en los servicios de salud, sobretodo en establecimientos de salud públicos, es un tema complejo y de prioritaria intervención, no obstante, se da prioridad a otros indicadores de gestión como cumplir las metas mensuales entre otras. Situaciones en

donde se reclama el papel de la Dirección estratégica, ya que; cuando se gestiona se toman decisiones que suponen riesgos con posibles consecuencias que deben asumir.

De acuerdo a los resultados de la prueba de hipótesis general se tiene que según el Pseudo_ R^2 , la dirección estratégica incide en la seguridad del paciente en un nosocomio público de Lima, lo cual implica que la variabilidad de la seguridad del paciente depende el 81,3% (coeficiente de Nagalkerke) de una eficiente dirección estratégica. Lo cual tiene asidero en los estudios de (Montero, Sánchez, Manso, Llano y Dávila, 2009; Torres et al, 2017) quienes afirman que en las organizaciones de salud la dirección estratégica tiene alta incidencia en la seguridad del paciente, por lo que debe ser una temática de interés. La seguridad del paciente es materia de primer orden en el sector salud, pues constituye un indicador básico de la calidad asistencial y su incremento constituye una antelación para los servicios sanitarios (Aibar et al, 2017), o sea, la seguridad del paciente es un factor esencial para alcanzar la calidad asistencial en salud de los pacientes de los Hospitales públicos.

Por ello, se hace oportuno echar una mirada a la dirección estratégica con el fin de valorar la incidencia sobre la seguridad de los pacientes en los hospitales. Ya que, muchas veces se encuentra normado, pero no monitoreado en concordancia a la calidad en salud. Harrison y St. John (2002) también aseveran que la dirección estratégica es la como la institución analiza y aprende desde su ambiente interno y externo. Y de acuerdo a ello; crea estrategias consignadas a la mejora de la institución.

En cuanto a los resultados de la hipótesis específica 1 se tiene que la variabilidad de la promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional depende el 66,1% de una eficiente dirección estratégica. Efectivamente así lo consideran; Chang et al (2017) quienes afirman que la inexistencia de una dirección estratégica detiene la gestión de acciones administrativas encaminadas a los representantes de la organización, a la toma de decisión colectiva y al desarrollo corporativo; al mismo tiempo apoya a la obtención de objetivos claros, puntuales, entendibles y frecuentes a lograr. Así también se corrobora con los estudios de Fernández, Arias, Padilla, Calero y Parra (2017, p. 36) quienes consideran que en la gestión estratégica de una entidad de salud se debe formular y aplicar procesos que integren a todos, es decir, no solo a los grupos internos, sino a todos los actores. Estos resultados son parecidos a los encontrados por Silva (2017) quien concluye que en la promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional es de vital importancia, involucrar al paciente en su autocuidado, así también a sus familiares. Y también con los

resultados encontrados por Singer et al (2016) quien concluye que la promoción de la seguridad del paciente depende de las expectativas y acciones de los administradores para promover la seguridad del paciente. Confirmando con lo encontrado por Grant (2014) quien concluye en su investigación que; la dirección estratégica asiste a las diferentes entidades en hacer frente a los disímiles escenarios adversos que se presenten a lo largo del tiempo.

En cuanto a la hipótesis específica 2 se tiene que según el coeficiente de Nagalkerke, implicando que la variabilidad la seguridad en el cuidado al paciente depende el 81,3% de la dirección estratégica; resultados que coinciden con los encontrados por Reason (2017) quien refiere la no ocurrencia de olvidos, descuidos, errores, deslices y violaciones de procedimientos cometidos en la asistencia al paciente se debe a la dirección estratégica y se complementa con lo encontrado por Ramírez (2017) y Ramírez, J. (2019) quienes refieren que la dirección estratégica debe ser una de actividad cardinal en toda entidad, ya que a través de ella se precisa el norte que la organización seguirá, precisando que aquella es la fuente de éxito de toda entidad sea pública o privada. Por otro lado, Chambi (2016) en base a su estudio, afirmó que una buena administración de la información es la que tiene una alta correspondencia con la satisfacción del cuidado.

En cuanto a la hipótesis específica 3 se tiene que según el coeficiente de Nagalkerke, implicando que la variabilidad la prevención de errores como prioridad depende del 71,9% de la dirección estratégica; resultados parecidos a los encontrados por Singer et al (2016) quien en su estudio concluye que la valorización de la seguridad del paciente como primera prioridad es cardinal en una organización de salud e incluso va por encima de la producción o eficiencia y que todo depende de las estrategias aplicadas desde la dirección. Pues la estrategia es imprescindible en toda dirección de las organizaciones, y también es un valor agregado en la integración de funciones, incorporando la selección de productos y mercados como parte fundamental en la decisión de competir. En tal sentido, queda claro que la dirección estratégica domina todas las dimensiones orientadas a formular e implementar estrategias. Asimismo, Robles, Serrano, Serrano, Gaibor, Gil, Medardo, & Fernández (2017) de acuerdo a lo encontrado afirma que específicamente para las instituciones de salud este es un tema trascendental, y que debe ser manejado con coherencia mediante un adecuado proceso estratégico.

En cuanto a la hipótesis específica 4 se tiene que según el coeficiente de Nagalkerke, implicando que la variabilidad de la percepción de riesgos y errores que ocurren depende del

78,6% de la dirección estratégica; resultados parecidos a los encontrados por Schwonke, Barcelos, Lunardi, da Silveira, Rodríguez, Soares, & Guerreiro (2016) y Harada (2016) quienes refieren que la dirección de un hospital debe tener una visión clara de los riesgos una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente y de los tipos de errores que ocurren en la institución, pue la prevención se trata de una visión organizada de prevención y análisis de los errores. Así también en los resultados encontrados por Camacho y Liseth (2018) quienes refieren que la seguridad está contenida en la acción de cuidar por ello el personal de salud deben ser los principales actores en la promoción de la seguridad del paciente y si ese cuidado no es de calidad puede generar riesgo que trasgreda la seguridad en la asistencia que muchas veces estos riesgos se debe al exceso de pacientes, cultura organizacional, fatiga laboral entre otros, asuntos que le corresponde resolver a la dirección. Torres (2017) encontró que muchas veces los pacientes asumen o evitan los riesgos basándose en la teoría de la personalidad.

V. Conclusiones

Primera

De acuerdo al objetivo general de investigación se determina que las estimaciones se ajustan al modelo, es decir que cuando existe una eficiente dirección estratégica existirá una buena seguridad del paciente en el establecimiento de salud estudio. El valor de R^2 , es de 0,813, valor que permite afirmar que el modelo explica en un 81,3% a la variable real.

Segunda

Dando cumplimiento al segundo objetivo se establece que las estimaciones se ajustan al modelo, es decir que cuando existe una eficiente dirección estratégica existirá una buena promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional en el establecimiento de salud en estudio. El valor de R^2 , es de 0,661, valor que permite afirmar que el modelo explica en un 66,1% a la variable real.

Tercera

Según el tercer objetivo se comprueba que las estimaciones se ajustan al modelo, es decir que cuando existe una eficiente dirección estratégica existirá una buena promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional en el establecimiento de salud en estudio. El valor de R^2 , es de 0,661, valor que permite afirmar que el modelo explica en un 66,1% a la variable real.

Cuarta

Dando cumplimiento al cuarto objetivo se prescribe que las estimaciones se ajustan al modelo, es decir que cuando existe una eficiente dirección estratégica existirá una buena seguridad en el cuidado al paciente en el establecimiento de salud en estudio. El valor de R^2 , es de 0,813, valor que permite afirmar que el modelo explica en un 81,3% a la variable real.

Finalmente, de acuerdo al quinto objetivo se establece que las estimaciones se ajustan al modelo, es decir que cuando existe una eficiente dirección estratégica existirá una buena prevención de errores como prioridad organizacional en el establecimiento de salud en estudio. El valor de R^2 , es de 0,719, valor que permite afirmar que el modelo explica en un 71,9% a la variable real.

VI. Recomendaciones

De acuerdo a los resultados se hace las siguientes recomendaciones:

Primera

A la dirección del hospital a trabajar de la mano con el Minsa para impulsar y promover estrategias de seguridad del paciente, ya que un trabajo en conjunto es compromiso y responsabilidad de todo incluyendo al mismo paciente, pues la mejora de la calidad asistencial es y ha sido y será siempre la esencia de los principios de toda organización sanitaria con la finalidad de aminorar daños superfluos al paciente coligado al auxilio sanitario.

Segunda

Las estrategias deben ser escogidas y dirigidas fundamentalmente a optimizar la promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional, a la ejecución de habilidades fehacientes, al trabajo cooperativo entre pacientes y ciudadanos y además la cooperación universal a al adiestramiento de los pacientes, a la información y aprendizaje sobre los eventos adversos, a la promoción de la educación y formación del personal de salud y el desarrollo de la investigación

Tercera

Realizar capacitaciones de empoderamiento sobre su seguridad a los pacientes, pues es una necesidad y da buenos resultados, ya que diversas organizaciones a nivel mundial dan fe de ello. Además, la experiencia muestra que para determinar estrategias para motivar la participación del paciente se debe tener en cuenta la percepción, la expectativa y sobre todo sus parvedades.

VII. Propuesta

1. Datos de identificación

Título de la propuesta: Taller promoviendo la seguridad del paciente en profesionales asistenciales de salud en el Hospital Nacional 2 de mayo

Nombre del ámbito de atención: Auditorio de un Hospital público de Lima.

Región: Lima

Provincia: Lima

Localidad: Lima

2. Presentación

El Taller promoviendo la seguridad del paciente en profesionales asistenciales de salud es una iniciativa para una buena implementación del Encuentro busca contribuir a una óptima atención de los pacientes del Hospital Nacional Dos de Mayo.

El taller es una iniciativa que promueve la mejora continua del personal de salud del Hospital Nacional Dos de Mayo para la mejora en equipo y el desarrollo de mecanismos de ayuda mutua frente a negligencias médicas.

El encuentro surge para tomar consciencia a propósito Cuestionario de Dirección Estratégica sobre dirección estratégica y seguridad del paciente, que se desarrolló del 24 de octubre al 30 de octubre en el Hospital Dos de Mayo.

3. Objetivos

A nivel personal

Fortalecer la consciencia del personal del Hospital Nacional 2 de Mayo.

Potenciar la capacidad de liderazgo y facilitación frente a emergencias médicas.

Recibir capacitación en servicio, necesaria para la atención segura de los pacientes.

A nivel organizacional

Definir propósitos claros en la dirección estratégica.

Definir las expectativas referentes a la salud a corto, mediano y largo plazo.

4. Cronograma

Día 1 Conferencia sobre conceptos básicos y uso de herramientas (Taller)

Día 2 Desarrollo de caso práctico de uso de herramientas (Taller)

Día 3 Conferencia sobre cambio de conducta y cultura (Taller)

Día 4 Conferencia sobre errores de medicación(Taller)

Día 5 Desarrollo de caso práctico de error y plan de integración(Taller)

6.- Proceso de convocatoria:

Lanzamiento de convocatoria: Domingo 00/00 a 0:00pm

Cierre de convocatoria: Domingo 00/00 a las 0:00pm

Confirmación con participantes: De Lunes 00/00 a Domingo 00/00.

Anuncio de participantes: Lunes 00/00 a las 0:00pm

Fase de preparación técnica: Lunes 00/00 hasta Viernes 00/00

Referencias

- Abesada, B., & Almuñías Rivero, J. L. (2016). La dirección estratégica en las instituciones de educación superior. Necesidad de su evaluación. *Revista Cubana de Educación Superior*, 35(3), 137–147. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=123236882&lang=es&site=ehost-live>.
- Aibar Ortíz, M. J. (2018). *Finanzas personales: planificación, control y gestión*. Ministerio de Educación.
- Aibar, S., González-Blas, C. B., Moerman, T., Imrichova, H., Hulselmans, G., Rambow, F., ... & Atak, Z. K. (2017). SCENIC: single-cell regulatory network inference and clustering. *Nature methods*, 14(11), 1083.
- Almuñías, J., & Galarza, J. (2014). Dirección estratégica y calidad en la educación superior. *Universidad de Juarez del Estado de Durango. México*.
- Ansoff, H. I. (1965). *Corporate strategy: business policy for growth and expansion*. McGraw-Hill Book.
- Arenas Jiménez, M. D., & Macía-Heras, M. (2018). Seguridad en hemodiálisis: paradigma del trabajo en equipo. *Nefrología* (Madrid), 38(1), 1-3.
- Arias, A., Carmona, M., Goez, A., & León, L. J. (2016). Caracterización de la estructura organizativa, administrativa y funcional de las áreas de gestión del talento humano en dos instituciones del sector de la salud: *el ESE Manizales*.
- Arias-Botero, J., & Gómez-Arias, R. (2017). La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. *CES Medicina*, 31(2), 180-191. Recuperadode<http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4014/2780>
- Ayuso, D. (2007). *La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial*. Madrid. Ediciones Díaz Santos.
- Ayuso-Murillo, D., de Andrés-Gimeno, B., Noriega-Matanza, C., López-Suárez, R. J., & Herrera-Peco, I. (2017). Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente. *Enfermería Clínica*, 27(4), 251-255.
- Azócar, D. A., & Lavín, J. M. (2016). El ciberespacio y las relaciones internacionales en la era digital. *Espacios del conocimiento: Sujeto, verdad y heterotopias. A*, 30.
- Barra, A. M. (2017). Dirección Estratégica en las Superintendencias del Estado de Chile. *Información Tecnológica*, 28(3), 129–138. <https://doi.org/10.4067/S0718-07642017000300014>
- Barra, A. M., & Contreras, A. (2015). Análisis Comparativo Del Proceso De Dirección Estratégica Entre Los Servicios De Salud De La Región Del Biobío. *Horizontes Empresariales*, 14(2), 19–30. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=120467327&lang=es&site=ehost-live>

- Benedicto, E. (2016). "Toma de decisiones en sistemas dinámicos no lineales. (Tesis Doctoral, Universidad de Valladolid, España). Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/16403/1/Tesis877-160308.pdf>"
- Bueno, E., Dirección Estratégica de la Empresa, Metodología, Técnicas y Casos, *Pirámide*, 5a edición, Vol.1, pp. 1-576, Madrid, España (1996)
- Bugarín González, R., Portela Romero, M., & Calvo, R. (2019). Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. *Educación Médica*, 20, 169-174.
- Camacho, C., & Liseth, V. (2018). *Conocimientos del familiar cuidador sobre la atención y fisioterapia del paciente con Parkinson* (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil-Ciencias Médicas-Carrera de Enfermería).
- Carrasco, S. (2009). *Metodología de la investigación científica*. Lima: editorial San Marcos
- Comercio, E. (2017, Sep 22). Minsa constata fallas de seguridad en hospital dos de mayo. El Comercio Retrieved from http://fresno.ulima.edu.pe/ss_bd00102.nsf/RecursoReferido?OpenForm&id=PROQUEST-41716&url=/docview/1963730086?accountid=45277
- Cordell, A., Bandler, R., Grinder, J., Berrien, F. K., Boddy, D., Paton, S., & Brown, J. M. (2019). Team negotiations: an examination of integrative and distributive bargaining. In *The Negotiation Handbook* (Vol. 81, No. 4, pp. 105-139). USA: Pearson.
- Chambi, G. (2016). La formalización de las Mypes de fabricación de muebles del parque industrial y su influencia en la rentabilidad del periodo. *Recuperado de http://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/AUTONOMA/351/1/CH_AMBI%20VILLANUEVA%20%20GIESELA%20NILA.pdf Customer, PE (2015). Medición de experiencia de clientes. Isapres.*
- Chang, E. A. Y., Abril, E. J. C., Carreño, O. F. M., Moreira, M. F. T., & Terán, H. E. E. (2017). Dirección estratégica como herramienta para alcanzar una interrelación laboral de calidad en una institución educativa. *Journal of Science and Research: Revista Ciencia e Investigación. ISSN 2528-8083*, 2(8), 10-15.
- De Andrés-Gimeno, B., Noriega-Matanza, C., López-Suárez, R. J., & Herrera-Peco, I. (2017). Gestión de la calidad, un enfoque directivo para la seguridad del paciente. *Enfermería Clínica*, 27(4), 251-255.
- D'Lima D, Archer S, Thibaut BI, Ramtale SC, Dewa LH, Darzi A. (2016) A systematic review of patient safety in mental health: a protocol based on the inpatient setting. *Syst Rev*. 2016; 5:203 (<https://doi.org/10.1186/s13643-016-0365-7>), consultado el 13 de febrero de 2019.
- Díaz, D. (2005). Toma de decisiones: el imperativo diario de la vida en la organización. *Acimed*, 13(3).

- Ejecutivo, C. (2018). *Seguridad del paciente: medidas mundiales en materia de seguridad del paciente: informe del Director General* (No. EB144/29). Organización Mundial de la Salud.
- Fernández Batalla, Marta, Jiménez Rodríguez, Lourdes, Santamaría García, José María, Gómez González, Jorge Luis, González Aguña, Alexandra, & Monsalvo San Macario, Enrique. (2015). Conceptualización de la toma de decisiones en el cuidado: acercamiento desde la vacunación. *Ene*, 9(3)<https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000300012>
- Fallowfield, L. (2016). Communication with parents after errors. *Health Serv Res Policy* 15:569
- Fernández Lorenzo, A., Puedmag, A., Emperatriz, D., Padilla Oyos, C. R., Calero Morales, S., & Parra Cárdenas, H. A. (2017). Alliances and conflicts between stakeholders in a military hospital: application of the Mactor method. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(1), 1-14.
- Figuroa-Montes, L. E. (2015). Gestión de riesgos en los laboratorios clínicos. *Acta Médica Peruana*, 32(4), 241-250.
- García-Altés, A., & Argimon, J. M. (2016). La transparencia en la toma de decisiones de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 30, 9-13.
- García Gutiérrez A. (2016). Los profesores de la universidad médica como expertos en la organización de salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 1995 [citado 8 Abr 2016]; 21(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661995000100003&lng=es
- García, I. M., Sánchez, C. S., Fernández, E. M., Gil, E. A. L., & Expósito, N. D. (2017). Gestión de la información en los servicios de salud. *Gaceta Médica Espirituana*, 11(3).
- Gamarra, A. (2015). *Aplicación del Modelo DirCom propuesto por Joan Costa en la Dirección y Gestión Estratégica de la Comunicación en campañas políticas municipales del Perú. Caso: Susana Villarán* (Tesis de maestría). Universidad Peruana De Ciencias Aplicadas, Lima, Perú
- Ganoza, L. (2016) *Aplicación de un Plan Estratégico para la mejora de la Gestión Pública de la Municipalidad de Puerto Eten 2015-2020* (Tesis de maestría). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.
- Giménez-Júlvez, T.; Hernández-García, I. Aibar-Remón, C.; Gutiérrez-Cía, I. & Mercedes Febrel-Bordejé. (2017). Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsbas&AN=edsbas.5DED6C77&lang=es&site=eds-live>
- Grant, R. M., & Grant, R. M. (2014). *Dirección Estratégica: Conceptos, técnicas y aplicaciones*. Civitas.

- Gómez Ramírez, O., Arenas Gutiérrez, W., González Vega, L., Garzón Salamanca, J., Mateus Galeano, E., & Soto Gámez, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y enfermería*, 17(3), 97-111.
- Harrison, J. S., & John, C. H. S. (2002). *Fundamentos de la dirección estratégica*. Editorial Paraninfo.
- Hernández Cruz, R., Moreno Monsiváis, M. G., Cheverría Rivera, S., Landeros López, M., Guzmán, I., & Guadalupe, M. (2017). Cuidado de enfermería perdido en pacientes hospitalizados en una institución pública y una privada. *Index de Enfermería*, 26(3), 142-146
- Hernández, J., Dávila, F., Noriega, S., Maynez, A., & Torres, S. (2017). Modelo de factores críticos del éxito para el despliegue de programas de filosofía organizacional. Nova Scientia. *Revista de Investigación de la Universidad de la Salle Bajío*, 9(18), 460-485.
- Hernández Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. (2018). Metodología de la investigación. Lima: Mcgraw-hill interamericana editores S.A. y C.V.
- Herrera, S. I. (2019). La importancia de la educación en el desarrollo: la teoría del capital humano y el perfil edad. Ingresos por nivel educativo en Viedma y Carmen de Patagones, Argentina.
- Huerta-Riveros, P., & Pedraja-Rejas, L. (2019). Planificación y seguimiento: Procesos claves para la dirección estratégica de instituciones de educación superior. *Interciencia*, 44(1), 5-5.
- Johnson, G., Scholes, K., Whittington, R., López, Y. M., & Mazagatos, V. B. (2006). *Dirección estratégica* (Vol. 5). Prentice hall.
- Kovacevic, L. y Reynoso, Y. (2015). *El diamante de la excelencia organizacional*. México: CENGAGE Learning
- Kliger AS. (2015) Maintaining safety in the dialysis facility. *Clin J Am Soc Nephrol*. 10:688-95
- Lillo-Crespo, M. (2017). Hacia una cultura de seguridad del paciente: el futuro de la profesión de enfermería. *Aquichan*, 17(4), 377-379. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.4.1>
- Llapa-Rodriguez, E. O., Oliveira, J. K. A. D., Lopes Neto, D., & Campos, M. P. D. A. (2015). Nurses leadership evaluation by nursing aides and technicians according to the 360-degree feedback method. *Revista gaucha de enfermagem*, 36(4), 29-36.
- Lumpkin, G. T., & Dess, G. G. (2015). Entrepreneurial orientation. *Wiley Encyclopedia of Management*, 1-4.
- Macrae, C. (2016). The problem with incident reporting. *BMJ Qual Saf*, 25(2), 71-75.
- Martínez, R. (2016). Nutrición saludable y prevención de los trastornos alimenticios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1997.

- Márquez EA. (2016) Estudio y análisis de la Matriz de Igor Ansoff [citado 24 Abr 2016]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/adelismarquez/igor-ansoff-10132220>
- Muñoz J, Calderón G. Gerencia y competencias distintivas dinámicas en instituciones prestadoras de servicios de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2018; 7: 131-154.
- Nordin, J. Z., Lee, Y., Vader, P., Mäger, I., Johansson, H. J., Heusermann, W., ... & Gilthorpe, J. (2015). Ultrafiltration with size-exclusion liquid chromatography for high yield isolation of extracellular vesicles preserving intact biophysical and functional properties. *Nanomedicine: Nanotechnology, Biology and Medicine*, 11(4), 879-883.
- Organización Mundial de la Salud (2004)
- Palacios AU, Bareño S. (2016) Factores asociados a eventos adversos en pacientes hospitalizados en una entidad de salud en Colombia. *Rev ces Med* 2016; 26 (1): 19-28.
- Palacios. (2017). Sistema de Salud en el Perú. Obtenido de <http://cmp.org.pe/wpcontent/uploads/2016/12/libroSistemaSaludPeru-.pdf> Errores
- Penrose, E. (1959). *El Crecimiento de la Empresa*. New York: Oxford – 1ra. Edición
- Pinheiro, J. B., Tirapelli, C., Silva, C. H. L. D., Komesu, M. C., Petean, F. C., Louzada Junior, P., ... & Motta, A. C. F. (2017). Oral Nodular Lesions in Patients with Sjögren's Syndrome: Unusual Oral Implications of a Systemic Disorder. *Brazilian dental journal*, 28(3), 405-412.
- Piñón Blanco, A., Vergara Moragues, E., Torres Rincón, T., Gutiérrez Martínez, O., Conde Amado, M., Vázquez Justo, E., & Otero Lamas, F. (2018). Diferencias entre hombres y mujeres en los procesos de toma de decisiones en pacientes con trastornos relacionados con sustancias. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 50(3), 160–169. <https://doi.org/10.14349/rlp.2018.v50.n3.3>
- Penrose, R. (1959). *Proc. Cambridge Phil. Soc.*
- Podestá Gavilano, L. E., & Maceda Kuljich, M. (2018). Calidad percibida del servicio y cultura de seguridad en salud en el personal médico del Hospital II EsSalud Vitarte. Lima, 2017. *Horizonte Médico*, 18(3), 48-56.
- Ramírez Rojas, J. L. (2017). Procedimiento para la elaboración de un análisis FODA como una herramienta de planeación estratégica en las empresas.
- Ramírez, N., & Rosario, M. (2019). Plan estratégico para Uber en el período 2017-2019.
- Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge: university press.
- Reason, J. (2017). *The human contribution: unsafe acts, accidents and heroic recoveries*. CRC Press.
- Robles, R., Serrano, H., Serrano, H., Serrano, G., Gaibor, F. Gil, Medardo, & Fernández, A. (2017). Retos de la planificación estratégica en instituciones de salud. *Revista*

Cubana de Investigaciones Biomédicas, 36(3) Recuperado en 09 de agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000300018&lng=es&tlng=pt.

- Robbins, S., & Coulter, M. (2014). *Administración*. México, D.F., México: Pearson.
- Robbins y Coulter, (2005). *Administración*. México.
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795.
- Rodríguez-Ponce, E., & Pedraja-Rejas, L. (2015). El impacto del diseño de la misión institucional en la calidad de las universidades. *Interciencia*, 40(9), 634-638.1
- Rojas, C., & Pahola, B. (2018). Planificación estratégica y su relación con el desempeño organizacional de las Oficinas de Operaciones de Salud de la Dirección Regional de Salud-San Martín–2018.
- Rotter, T. (2016). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 7. Art. No.: CD006632. Doi: 10.1002/14651858. CD006632.pub2.
- Rutter, R., Roper, S., & Lettice, F. (2016). Social media interaction, the university brand and recruitment performance. *Journal of Business Research*, 69(8), 3096-3104.
- Sánchez Jacas, Isolina. (2017). The strategic planning in the Cuban Health System. *MEDISAN*, 21(5), 635-641. Recuperado en 20 de diciembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000500019&lng=es&tlng=en.
- Schwarz, A. (2018). *A nation in waiting: Indonesia's search for stability*. Routledge.
- Schwonke, C. R. G. B., Lunardi Filho, W. D., Lunardi, G. L., da Silveira, R. S., Rodrigues, M. C. S., & Guerreiro, M. O. (2016). Cultura de segurança: a percepção dos profissionais de enfermagem intensivistas. *Enfermería Global*, 15(1), 208-243.
- Skela-Savič, B., Pesjak, K., & Lobe, B. (2016). Evidence-based practice among nurses in Slovenian Hospitals: a national survey. *International nursing review*, 63(1), 122-131.
- Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. (2018). The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care: Flying blind. París, OCDE, (<http://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-andAmbulatory-Care-April2018.pdf>), consultado el 13 de febrero de 2019
- Selznick, P. (1957). *Leadership in administration; a sociological interpretation*. California: Berkeley – 1ra. Edición.
- Silva, I., Macías, H. A., & Santamaría, E. (2017). La Dirección Estratégica Como Mecanismo De Mejoramiento De La Gestión Administrativa, Caso Conlac-T De La Provincia De Tungurahua (Strategic Direction As an Improvement Mechanism of

- Administrative Management. Case 'Conlac-T' in the Tungurahua Province). *Sotavento MBA*, (29).
- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., & Hotchkiss, R. S. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *Jama*, 315(8), 801-810.
- Tolson, D., Holmerova, I., Macrae, R., Waugh, A., Hvalič-Touzery, S., de Abreu, W. & Hanson, E. (2017). Improving advanced dementia care: An interprofessional palliative learning framework. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(7), 561-563.
- Torres, J. P., Gallo, J. G., Hallo, R. F., Jaraiseh, J., Muriel, M. H., & Fernández, A. (2017). Gestión de la información como herramienta para la toma de decisiones en salud: escenarios más probables. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(3), 1–10. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=131716229&lang=es&site=eds-live>
- Velázquez, E. C., Cruz, M., & de Cosío, J. A. L. (2015). La dirección estratégica en la universidad pública: una investigación en las universidades tecnológicas de México. *Universidad & Empresa*, 18(28), 87–104. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=111919170&lang=es&site=ehost-live>.
- Vergara, F. (2017). *Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017* (Doctoral dissertation, Tesis de maestría]. Lima-perú: Universidad César Vallejo).
- Widmer MK, Schwappach D, Schmidli J, Wyss TR. (2015) Key points for patient safety in dialysis access. *J Vasc Access*. 16 Suppl 9:S114-7
- Yañez, M. C., Mota, M. S., Ferrer, M. F., Julián-Jiménez, A., Piñera, P., Llopis, F., ... & del Castillo, J. G. (2019). Comparación de distintas estrategias para la predicción de muerte a corto plazo en el paciente anciano infectado. *Revista Española de Quimioterapia*, 32(2), 156.
- Zenteno-Hidalgo, Á. C., & Silva, C. A. D. (2016). Factores y prácticas de alto desempeño que influyen en el clima laboral: análisis de un caso. *Innovar: Revista de ciencias administrativas y sociales*, 119-136.

Anexo 1: Matriz de consistencia

Título: Dirección estratégica en la seguridad del paciente en un Hospital de Lima, 2019							
Autor: Mgtr. Delia Mercedes Reynaldo Padilla:							
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
Problema General:	Objetivo general:	Hipótesis general:	Variable: Dirección estratégica				
¿Cómo incide la dirección estratégica en la seguridad del paciente en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, 2019?	Determinar la incidencia de la dirección estratégica en la seguridad del paciente en un Hospital de Lima, 2019	La dirección estratégica incide en la seguridad del paciente en un Hospital de Lima, 2019,	Dimensiones Posición estratégica Elecciones estratégicas Estrategia en acción	Indicadores <ul style="list-style-type: none"> • El entorno • Capacidad estratégica • Expectativas y propósitos • Alianzas estratégicas • Estratégicas institucionales e interinstitucionales. • Dirección y métodos de desarrollo • Organizar • Posibilitar • Gestionar el cambio 	Ítems 1 al 9 10 al 17 18 al 24	Escala de medición 1. Nunca 2. Casi nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre	Niveles y rangos Muy adecuada [88-120] Adecuada [56-87] Inadecuada [24-55]
Problemas Específicos:	Objetivos específicos:	Hipótesis específicas:					
¿Cómo incide la dirección estratégica en la promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional en un Hospital de Lima, 2019?	Determinar la incidencia de la dirección estratégica en la promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional	La dirección estratégica incide en la promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional en un Hospital de Lima, 2019					
¿Cómo incide la dirección estratégica en la seguridad en el cuidado al paciente en un Hospital de Lima, 2019?	Determinar la incidencia de la dirección estratégica en la Seguridad en el cuidado al paciente	La dirección estratégica incide en la en la seguridad en el cuidado al paciente en un Hospital de Lima, 2019	Variable : Seguridad del paciente				
¿Cómo incide la dirección estratégica en la Prevención de errores como prioridad organizacional en un Hospital de Lima, 2019?	Determinar la incidencia de la dirección estratégica en la Prevención de errores como prioridad organizacional.	La dirección estratégica incide en la prevención de errores como prioridad organizacional	Dimensiones Promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional Seguridad en el cuidado al paciente Prevención de errores como prioridad organizacional Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización	Indicadores <ul style="list-style-type: none"> • Cuidado del paciente • Seguridad del paciente. • Capacitación • Comunicación oportuna. • Percepción de seguridad • Respuesta no punitiva a los errores. • Trabajo en equipo • Feed-back – errores • Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente 	Ítems 1 al 5 6 al 9 10 al 13 14 al 16	Escala de medición Nunca1 Casi nunca2 A veces3 Casi siempre4 Siempre5	Niveles y rangos Muy buena [57-80] Buena [36-56] Regular [16-35]
Problemas Específicos:	Objetivos específicos:	Hipótesis específicas:					
¿Cómo incide la dirección estratégica en la Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización en un Hospital de Lima, 2019?	Determinar la incidencia de la dirección estratégica en la Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización en un Hospital de Lima, 2019	La dirección estratégica incide en la percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización					

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario de Dirección Estratégica

El cuestionario que a continuación se presenta es tiene como objetivo principal obtener información sobre la dirección en la institución que labora.

Información general:

SEXO: M F Edad:

Condición Laboral: Tiempo de experiencia Laboral.....

Lea con atención y conteste a las preguntas marcando con una “X” en un solo recuadro, teniendo en cuenta la siguiente escala de calificaciones:

Escala de Likert.

Totalmente en desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Indiferente	3
De acuerdo	4
Totalmente de acuerdo	5

INSTRUMENTO QUE MIDE DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

N o	DIMENSIONES / ítems	Valoración				
	DIMENSIÓN 1: Posición estratégica	1	2	3	4	5
1	La institución mantiene una posición estratégica expectante en la seguridad del paciente.					
2	El entorno externo favorece la toma de decisiones de la institución.					
3	El entorno interno aporta en la toma de decisiones de la institución.					
4	El entorno político es determinante en la dirección estratégica					
5	La institución tiene expectativas referente a la salud a corto, mediano y largo plazo					
6	Las expectativas anuales cumplieron con el índice de expectativa de la institución.					

7	Las expectativas de atención sobre la seguridad del paciente van en aumento.					
8	Los propósitos de la gestión estratégica en la institución están bien definidas.					
9	Existen propósitos claros en la dirección estratégica de la empresa.					
DIMENSIÓN 2: Elecciones estratégicas		1	2	3	4	5
11	Las elecciones estratégicas se dan a nivel colectivo.					
12	Las elecciones estratégicas permiten generar mejores oportunidades de desarrollo institucional.					
13	La dirección estratégica está avocada en el desarrollo de los colaboradores.					
14	La dirección es responsable de la planificación de estrategias en todo nivel.					
15	La dirección estratégica de la institución es eficaz.					
16	La dirección estratégica de la institución es eficiente.					
17	Los métodos de desarrollo son parte de la planificación estratégica					
18	Son transparentes los métodos de desarrollo en la empresa.					
DIMENSIÓN 3: Estrategias en acción						
19	La estrategia en acción se apoya en recomendaciones de la normativa internacional.					
20	Asumir nuevas estrategias posibilita el cambio en la organización.					
21	El plan estratégico de la institución posibilita el cambio.					
22	Los directivos asumen el compromiso de posibilitar el cambio.					
23	La institución realiza el diagnósticos para gestionar el cambio					
24	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente.					
25	Los trabajadores asumen el compromiso de gestionar el cambio					

Muchas gracias por su colaboración.

Cuestionario de la seguridad del paciente

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

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

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

INFORMACIÓN GENERAL:

SEXO: M F EDAD:

Condición Laboral: Tiempo de experiencia Laboral.....

Por favor, señale con una cruz/ aspa (x) su respuesta en el recuadro correspondiente.

INSTRUMENTO QUE MIDE SEGURIDAD DEL PACIENTE

DIMENSIONES / ítems						
		1	2	3	4	5
DIMENSIÓN 1: Promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional						
1	Comparada con otras instituciones del área, esta se preocupa más de la calidad del cuidado relacionado al paciente.					
2	Mi sector realiza un buen trabajo de gestión de los riesgos para garantizar la seguridad del paciente.					
3	Los profesionales reciben capacitación en servicio, necesaria para la atención segura a los pacientes.					
4	La dirección del hospital tiene en consideración la seguridad del paciente cuando se discuten cambios institucionales.					
5	Las decisiones sobre la seguridad del paciente son tomadas en el nivel más apropiado y por las personas más calificadas.					
DIMENSIÓN 2: Seguridad en el cuidado al paciente						
6	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					

7	Considero que el tiempo que se tiene es suficiente para completar las tareas necesarias para la atención del paciente de forma segura.					
8	En lo posible se evita aumentar el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
9	Se notifican los sucesos que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.					
	DIMENSIÓN 3: Prevención de errores como prioridad organizacional	1	2	3	4	5
10	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
11	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
12	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
13	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
	DIMENSIÓN 4: Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización	1	2	3	4	5
14	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente.					
15	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los tipos de errores que realmente ocurren en la institución					
16	Soy elogiado/reconocido/valorado cuando identifico rápidamente un error o fallo grave en la asistencia al paciente					

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 3: Certificados de validación de los instrumentos

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: Posición estratégica								
1	La institución mantiene una posición estratégica expectante en la seguridad del paciente.	/		/		/		
2	El entorno externo favorece la toma de decisiones de la institución.	/		/		/		
3	El entorno interno aporta en la toma de decisiones de la institución.	/		/		/		
4	El entorno político es determinante en la dirección estratégica	/		/		/		
5	La institución tiene expectativas referente a la salud a corto, mediano y largo plazo	/		/		/		
6	Las expectativas anuales cumplieron con el índice de expectativa de la institución.	/		/		/		
7	Las expectativas de atención sobre la seguridad del paciente van en aumento.	/		/		/		
8	Los propósitos de la gestión estratégica en la institución están bien definidas.	/		/		/		
9	Existen propósitos claros en la dirección estratégica de la empresa.	/		/		/		
DIMENSIÓN 2: Elecciones estratégicas								
11	Las elecciones estratégicas se dan a nivel colectivo.	/		/		/		
12	Las elecciones estratégicas permiten generar mejores oportunidades de desarrollo institucional.	/		/		/		
13	La dirección estratégica está avocada en el desarrollo de los colaboradores.	/		/		/		
14	La dirección es responsable de la planificación de estrategias en todo nivel.	/		/		/		
15	La dirección estratégica de la institución es eficaz.	/		/		/		
16	La dirección estratégica de la institución es eficiente.	/		/		/		
17	Los métodos de desarrollo son parte de la planificación estratégica	/		/		/		
18	Son transparentes los métodos de desarrollo en la empresa.	/		/		/		
DIMENSIÓN 3: Estrategias en acción								
19	La estrategia en acción se apoya en recomendaciones de la normativa internacional.	/		/		/		
20	Asumir nuevas estrategias posibilita el cambio en la organización.	/		/		/		
21	El plan estratégico de la institución posibilita el cambio.	/		/		/		



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

22	Los directivos asumen el compromiso de posibilitar el cambio.	✓		✓		✓	
23	La institución realiza el diagnósticos para gestionar el cambio	✓		✓		✓	
24	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente.	✓		✓		✓	
25	Los trabajadores asumen el compromiso de gestionar el cambio	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Si Suficiencia

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable

Aplicable después de corregir

No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr / Mg:

Wilia Spotevico Lombardo

DNI:

09497698

Especialidad del validador:

Dr. Gestión y Ciencias de la Educación

...19...de...10...del 20...1911

[Handwritten Signature]

Firma del Experto Informante.

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

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Posición estratégica							
1	La institución mantiene una posición estratégica expectante en la seguridad del paciente.	/		/		/		
2	El entorno externo favorece la toma de decisiones de la institución.	/		/		/		
3	El entorno interno aporta en la toma de decisiones de la institución.	/		/		/		
4	El entorno político es determinante en la dirección estratégica	/		/		/		
5	La institución tiene expectativas referente a la salud a corto, mediano y largo plazo	/		/		/		
6	Las expectativas anuales cumplieron con el índice de expectativa de la institución.	/		/		/		
7	Las expectativas de atención sobre la seguridad del paciente van en aumento.	/		/		/		
8	Los propósitos de la gestión estratégica en la institución están bien definidas.	/		/		/		
9	Existen propósitos claros en la dirección estratégica de la empresa.	/		/		/		
	DIMENSIÓN 2: Elecciones estratégicas	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Las elecciones estratégicas se dan a nivel colectivo.	/		/		/		
12	Las elecciones estratégicas permiten generar mejores oportunidades de desarrollo institucional.	/		/		/		
13	La dirección estratégica está avocada en el desarrollo de los colaboradores.	/		/		/		
14	La dirección es responsable de la planificación de estrategias en todo nivel.	/		/		/		
15	La dirección estratégica de la institución es eficaz.	/		/		/		
16	La dirección estratégica de la institución es eficiente.	/		/		/		
17	Los métodos de desarrollo son parte de la planificación estratégica	/		/		/		
18	Son transparentes los métodos de desarrollo en la empresa.	/		/		/		
	DIMENSIÓN 3: Estrategias en acción	Si	No	Si	No	Si	No	
19	La estrategia en acción se apoya en recomendaciones de la normativa internacional.	/		/		/		
20	Asumir nuevas estrategias posibilita el cambio en la organización.	/		/		/		
21	El plan estratégico de la institución posibilita el cambio.	/		/		/		



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

22	Los directivos asumen el compromiso de posibilitar el cambio.	/		/		/	
23	La institución realiza el diagnósticos para gestionar el cambio	/		/		/	
24	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente.	/		/		/	
25	Los trabajadores asumen el compromiso de gestionar el cambio	/		/		/	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Suficiente

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

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. Mg: *Néstor In. Jus*

DNI: *08012101*

Especialidad del validador:.....

19 de *10* del 20 *19*

Firma del Experto Informante.

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

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: Posición estratégica								
1	La institución mantiene una posición estratégica expectante en la seguridad del paciente.	/		/		/		
2	El entorno externo favorece la toma de decisiones de la institución.	/		/		/		
3	El entorno interno aporta en la toma de decisiones de la institución.	/		/		/		
4	El entorno político es determinante en la dirección estratégica	/		/		/		
5	La institución tiene expectativas referente a la salud a corto, mediano y largo plazo	/		/		/		
6	Las expectativas anuales cumplieron con el índice de expectativa de la institución.	/		/		/		
7	Las expectativas de atención sobre la seguridad del paciente van en aumento.	/		/		/		
8	Los propósitos de la gestión estratégica en la institución están bien definidas.	/		/		/		
9	Existen propósitos claros en la dirección estratégica de la empresa.	/		/		/		
DIMENSIÓN 2: Elecciones estratégicas								
11	Las elecciones estratégicas se dan a nivel colectivo.	/		/		/		
12	Las elecciones estratégicas permiten generar mejores oportunidades de desarrollo institucional.	/		/		/		
13	La dirección estratégica está avocada en el desarrollo de los colaboradores.	/		/		/		
14	La dirección es responsable de la planificación de estrategias en todo nivel.	/		/		/		
15	La dirección estratégica de la institución es eficaz.	/		/		/		
16	La dirección estratégica de la institución es eficiente.	/		/		/		
17	Los métodos de desarrollo son parte de la planificación estratégica	/		/		/		
18	Son transparentes los métodos de desarrollo en la empresa.	/		/		/		
DIMENSIÓN 3: Estrategias en acción								
19	La estrategia en acción se apoya en recomendaciones de la normativa internacional.	/		/		/		
20	Asumir nuevas estrategias posibilita el cambio en la organización.	/		/		/		
21	El plan estratégico de la institución posibilita el cambio.	/		/		/		



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

22	Los directivos asumen el compromiso de posibilitar el cambio.	/		/		/	
23	La institución realiza el diagnósticos para gestionar el cambio	/		/		/	
24	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente.	/		/		/	
25	Los trabajadores asumen el compromiso de gestionar el cambio	/		/		/	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Existe suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr / Mg: Garro Alberto Luzmila

DNI: 09469026

Especialidad del validador: Docente de Investigación

21 de 10 del 2019

Firma del Experto Informante.

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

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1: Posición estratégica								
1	La institución mantiene una posición estratégica expectante en la seguridad del paciente.	/		/		/		
2	El entorno externo favorece la toma de decisiones de la institución.	/		/		/		
3	El entorno interno aporta en la toma de decisiones de la institución.	/		/		/		
4	El entorno político es determinante en la dirección estratégica	/		/		/		
5	La institución tiene expectativas referente a la salud a corto, mediano y largo plazo	/		/		/		
6	Las expectativas anuales cumplieron con el índice de expectativa de la institución.	/		/		/		
7	Las expectativas de atención sobre la seguridad del paciente van en aumento.	/		/		/		
8	Los propósitos de la gestión estratégica en la institución están bien definidas.	/		/		/		
9	Existen propósitos claros en la dirección estratégica de la empresa.	/		/		/		
DIMENSIÓN 2: Elecciones estratégicas								
11	Las elecciones estratégicas se dan a nivel colectivo.	/		/		/		
12	Las elecciones estratégicas permiten generar mejores oportunidades de desarrollo institucional.	/		/		/		
13	La dirección estratégica está avocada en el desarrollo de los colaboradores.	/		/		/		
14	La dirección es responsable de la planificación de estrategias en todo nivel.	/		/		/		
15	La dirección estratégica de la institución es eficaz.	/		/		/		
16	La dirección estratégica de la institución es eficiente.	/		/		/		
17	Los métodos de desarrollo son parte de la planificación estratégica	/		/		/		
18	Son transparentes los métodos de desarrollo en la empresa.	/		/		/		
DIMENSIÓN 3: Estrategias en acción								
19	La estrategia en acción se apoya en recomendaciones de la normativa internacional.	/		/		/		
20	Asumir nuevas estrategias posibilita el cambio en la organización.	/		/		/		
21	El plan estratégico de la institución posibilita el cambio.	/		/		/		

22	Los directivos asumen el compromiso de posibilitar el cambio.	/		/		/	
23	La institución realiza el diagnósticos para gestionar el cambio	/		/		/	
24	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente.	/		/		/	
25	Los trabajadores asumen el compromiso de gestionar el cambio	/		/		/	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr / Mg: Dr. Walter Manuel Vazquez Mondragon

DNI: 40269171

Especialidad del validador: Metodólogo

14 de Setiembre del 2019



Firma del Experto Informante.
Dr. Walter M. Vazquez Mondragon
 DNI N° 40269171

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



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE SEGURIDAD DEL PACIENTE

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional							
1	Comparada con otras instituciones del área, esta se preocupa más de la calidad del cuidado relacionado al paciente.	✓		✓		✓		
2	Mi sector realiza un buen trabajo de gestión de los riesgos para garantizar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
3	Los profesionales reciben capacitación en servicio, necesaria para la atención segura a los pacientes.	✓		✓		✓		
4	La dirección del hospital tiene en consideración la seguridad del paciente cuando se discuten cambios institucionales.	✓		✓		✓		
5	Las decisiones sobre la seguridad del paciente son tomadas en el nivel más apropiado y por las personas más cualificadas.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: Seguridad en el cuidado al paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
6	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	✓		✓		✓		
7	Considero que el tiempo que se tiene es suficiente para completar las tareas necesarias para la atención del paciente de forma segura.	✓		✓		✓		
8	En lo posible se evita aumentar el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
9	Se notifican los sucesos que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3: Prevención de errores como prioridad organizacional	Si	No	Si	No	Si	No	
10	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	✓		✓		✓		
11	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	✓		✓		✓		
12	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	✓		✓		✓		
13	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	✓		✓		✓		

		✓		✓		✓	
		✓		✓		✓	
	DIMENSIÓN 4: Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización	Si	No	Si	No	Si	No
14	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente.	✓		✓		✓	
15	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los tipos de errores que realmente ocurren en la institución	✓		✓		✓	
16	Soy elogiado/reconocido/valorado cuando identifico rápidamente un error o fallo grave en la asistencia al paciente	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Existe suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr / Mg: Garro Aburto Muzmita

DNI: 09469026

Especialidad del validador: Docente de Investigación

21 de 10 del 2019.



Firma del Experto Informante.

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

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE SEGURIDAD DEL PACIENTE

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional							
1	Comparada con otras instituciones del área, esta se preocupa más de la calidad del cuidado relacionado al paciente.	✓		✓		✓		
2	Mi sector realiza un buen trabajo de gestión de los riesgos para garantizar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
3	Los profesionales reciben capacitación en servicio, necesaria para la atención segura a los pacientes.	✓		✓		✓		
4	La dirección del hospital tiene en consideración la seguridad del paciente cuando se discuten cambios institucionales.	✓		✓		✓		
5	Las decisiones sobre la seguridad del paciente son tomadas en el nivel más apropiado y por las personas más calificadas.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: Seguridad en el cuidado al paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
6	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	✓		✓		✓		
7	Considero que el tiempo que se tiene es suficiente para completar las tareas necesarias para la atención del paciente de forma segura.	✓		✓		✓		
8	En lo posible se evita aumentar el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
9	Se notifican los sucesos que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3: Prevención de errores como prioridad organizacional	Si	No	Si	No	Si	No	
10	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	✓		✓		✓		
11	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	✓		✓		✓		
12	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	✓		✓		✓		
13	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	✓		✓		✓		



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

		Si	No	Si	No	Si	No
DIMENSIÓN 4: Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización							
14	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente.	✓		✓		✓	
15	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los tipos de errores que realmente ocurren en la institución	✓		✓		✓	
16	Soy elogiado/reconocido/valorado cuando identifico rápidamente un error o fallo grave en la asistencia al paciente	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Suficiente

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr / Mg: Alvaro Mendive, Karen Lizeth

DNI: 40160186

Especialidad del validador: Metodología

14 de 05 del 20



Firma del Experto Informante.

Dr. KAREN LIZETH ALFARO MENDIVE
DNI: 40160188
CFI: 99971010

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

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional							
1	Comparada con otras instituciones del área, esta se preocupa más de la calidad del cuidado relacionado al paciente.	✓		✓		✓		
2	Mi sector realiza un buen trabajo de gestión de los riesgos para garantizar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
3	Los profesionales reciben capacitación en servicio, necesaria para la atención segura a los pacientes.	✓		✓		✓		
4	La dirección del hospital tiene en consideración la seguridad del paciente cuando se discuten cambios institucionales.	✓		✓		✓		
5	Las decisiones sobre la seguridad del paciente son tomadas en el nivel más apropiado y por las personas más calificadas.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: Seguridad en el cuidado al paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
6	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	✓		✓		✓		
7	Considero que el tiempo que se tiene es suficiente para completar las tareas necesarias para la atención del paciente de forma segura.	✓		✓		✓		
8	En lo posible se evita aumentar el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
9	Se notifican los sucesos que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3: Prevención de errores como prioridad organizacional	Si	No	Si	No	Si	No	
10	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	✓		✓		✓		
11	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	✓		✓		✓		
12	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	✓		✓		✓		
13	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	✓		✓		✓		

		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 4: Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización							
14	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente.	✓		✓		✓		
15	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los tipos de errores que realmente ocurren en la institución	✓		✓		✓		
16	Soy elogiado/reconocido/valorado cuando identifico rápidamente un error o fallo grave en la asistencia al paciente	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay Suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg: Alfonso Huarcayo Guibord

DNI: 099 97695

Especialidad del validador:

...19...de...10...del 2019.


Firma del Experto Informante.

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

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE SEGURIDAD DEL PACIENTE

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Promoción de la seguridad del paciente a nivel organizacional							
1	Comparada con otras instituciones del área, esta se preocupa más de la calidad del cuidado relacionado al paciente.	✓		✓		✓		
2	Mi sector realiza un buen trabajo de gestión de los riesgos para garantizar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
3	Los profesionales reciben capacitación en servicio, necesaria para la atención segura a los pacientes.	✓		✓		✓		
4	La dirección del hospital tiene en consideración la seguridad del paciente cuando se discuten cambios institucionales.	✓		✓		✓		
5	Las decisiones sobre la seguridad del paciente son tomadas en el nivel más apropiado y por las personas más calificadas.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 2: Seguridad en el cuidado al paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
6	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	✓		✓		✓		
7	Considero que el tiempo que se tiene es suficiente para completar las tareas necesarias para la atención del paciente de forma segura.	✓		✓		✓		
8	En lo posible se evita aumentar el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
9	Se notifican los sucesos que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	✓		✓		✓		
	DIMENSIÓN 3: Prevención de errores como prioridad organizacional	Si	No	Si	No	Si	No	
10	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	✓		✓		✓		
11	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	✓		✓		✓		
12	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	✓		✓		✓		
13	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	✓		✓		✓		



		SI	No	SI	No	SI	No
DIMENSIÓN 4: Percepción de riesgos y errores que ocurren en la organización							
14	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los riesgos asociados al cuidado del paciente.	/		/		/	
15	La dirección del hospital tiene una visión clara sobre los tipos de errores que realmente ocurren en la institución	/		/		/	
16	Soy elogiado/reconocido/valorado cuando identifico rápidamente un error o fallo grave en la asistencia al paciente	/		/		/	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Suficiente

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dr / Mg: Alvarez Jose Luis

DNI: 08012001

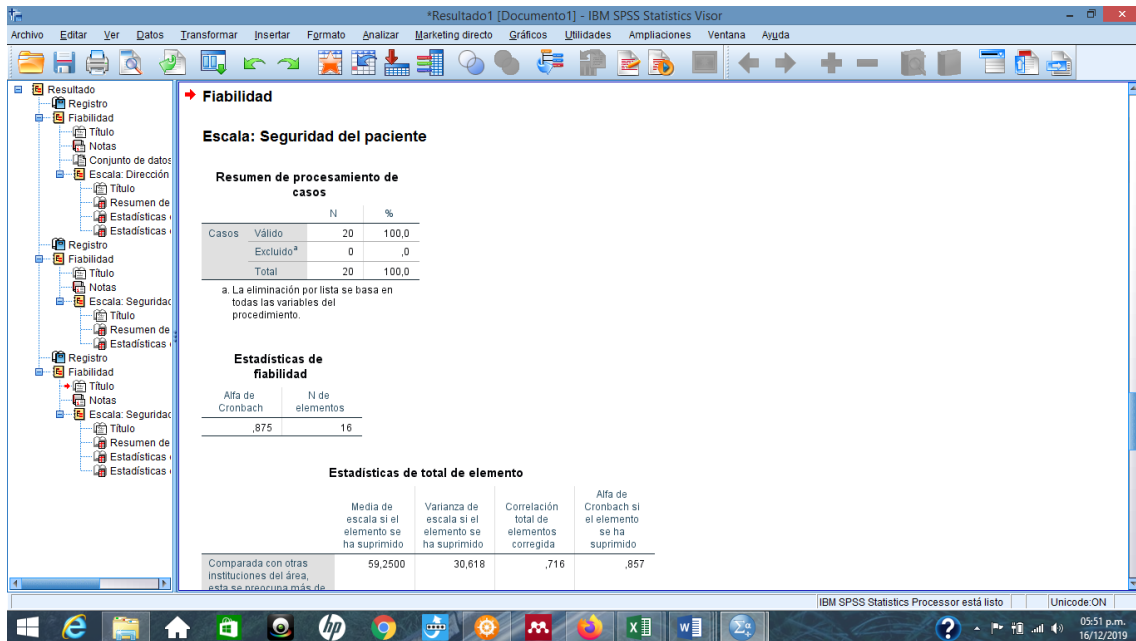
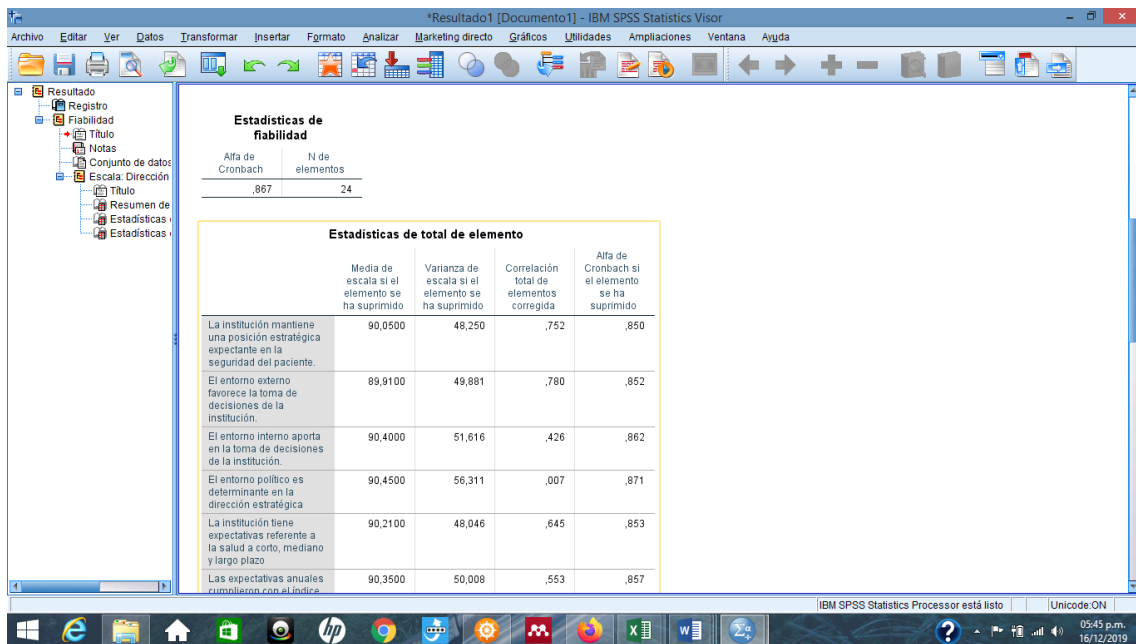
Especialidad del validador:

.....19 de10 del 2019.

Firma del Experto Informante.

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

Anexo 4: Prueba de confiabilidad de los instrumentos



Anexo 5: Población y muestra

	Área asistencial total	Área asistencial muestra	
Médicos asistenciales	116	65	
Licenciados de Enfermería	109	65	
Técnicos de Enfermería	80	38	
Médicos Residentes	96	35	
Total	401	203	

Anexo 6: Ficha técnica de los instrumentos

Ficha técnica del instrumento	
Nombre del instrumento:	Cuestionario de Dirección estratégica
Autor:	Hugo Cruz(2017) Modificado por Mg. Reynaldo Mercedes (2019)
Lugar:	Un Hospital público de Lima.
Fecha de aplicación:	Noviembre- 2019
Objetivo:	Determinar percepción de la dirección estratégica en un Hospital público.
Administrado a:	203 trabajadores.
Tiempo:	15 minutos
Administración	Grupal
Margen de error:	5%

Ficha técnica del instrumento 2

Ficha técnica del instrumento	
Nombre del instrumento:	Cuestionario de seguridad del paciente
Autores:	Schwonke, Camila Rose Guadalupe Barcelos, Filho, Wilson Danilo Lunardi, Lunardi, Guilherme Lerch, da Silveira, Rosemary Silva, Rodrigues, Maria Cristina Soares, & Guerreiro, Márcio Osório. (2016).
Lugar:	Un Hospital público de Lima.
Fecha de aplicación:	Noviembre – 2019
Objetivo:	Determinar percepción de la seguridad del paciente en un Hospital público.
Administrado a:	203 trabajadores.
Tiempo:	15 minutos
Administración	Grupal
Margen de error:	5%

Anexo 7: Base de datos

*base de datos-MERCEDES.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

56: Visible: 9 de 9 variables

	DIREC_E STR	SEG_PA CIEN	PROM_S EG	SEG_CUI	PREV_E RR	PERC_RI ESG	POSIC_E STR	ELEC_E STRAT	ESTR_A CCI	var	var	var	var	var	var	var
1	Buena	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
2	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
3	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
4	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
5	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
6	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
7	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
8	Regular	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Regular	Regular	Buena	Buena						
9	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
10	Buena	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
11	Buena	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
12	Buena	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Regular	Regular							
13	Buena	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Buena	Regular	Regular							
14	Buena	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Buena	Regular	Regular							
15	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Buena	Buena	Buena							
16	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Buena	Buena	Buena							
17	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Buena	Buena	Buena							
18	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Buena	Buena	Buena							
19	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Regular							
20	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Buena	Buena	Regular							
21	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Buena	Buena	Regular							
22	Buena	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Buena	Regular							
23	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
24	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
25	Buena	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
26	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
27	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
28	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
29	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
30	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Regular	Buena	Buena							
31	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
32	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
33	Buena	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
34	Buena	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
35	Buena	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
36	Buena	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
37	Buena	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
38	Buena	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
39	Buena	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Buena	Buena							
40	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
41	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
42	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
43	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Regular	Regular							
44	Buena	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Buena	Regular	Regular							
45	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Buena	Regular	Regular							
46	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Buena	Buena	Buena							
47	Buena	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Buena	Buena	Buena							
48	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Buena	Buena	Buena							
49	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Buena	Buena	Buena							
50	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Buena	Buena	Regular							
51	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Regular							
52	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Regular							
53	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Buena	Regular							
54	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
55	Regular	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
56	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
57	Regular	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
58	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
59	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
60	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
61	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Buena	Buena							
62	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
63	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
64	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
65	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Regular	Regular							
66	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Regular	Regular							

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

03:04 p.m. 13/01/2020

*base de datos-MERCEDES.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

56: Visible: 9 de 9 variables

	DIREC_E STR	SEG_PA CIEN	PROM_S EG	SEG_CUI	PREV_E RR	PERC_RI ESG	POSIC_E STR	ELEC_E STRAT	ESTR_A CCI	var	var	var	var	var	var	var
67	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Regular	Regular							
68	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
69	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
70	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
71	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
72	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
73	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
74	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
75	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Buena	Buena							
76	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
77	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
78	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
79	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Buena	Regular	Regular							
80	Regular	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Buena	Regular	Regular							
81	Regular	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Buena	Regular	Regular							
82	Regular	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Buena	Buena	Buena							
83	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Buena							
84	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Buena							
85	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Buena							
86	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Regular							
87	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Regular							
88	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
89	Regular	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
90	Regular	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
91	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
92	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
93	Regular	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
94	Regular	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
95	Regular	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Regular	Buena	Buena							
96	Regular	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
97	Regular	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
98	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
99	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Buena	Regular	Regular							
100	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Buena	Regular	Regular							
101	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Regular	Regular							
102	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Buena							
103	Regular	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Buena							
104	Regular	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Buena							
105	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Buena							
106	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Regular							
107	Regular	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Regular							
108	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Regular							
109	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
110	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
111	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
112	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
113	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
114	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
115	Buena	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
116	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Buena	Buena							
117	Regular	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
118	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
119	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
120	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Regular	Regular							
121	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Regular	Regular							
122	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Regular	Regular							
123	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Buena							
124	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Buena							
125	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Buena							
126	Buena	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Buena							
127	Buena	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Buena	Buena	Regular							
128	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
129	Regular	Inadecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
130	Regular	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Inadecuada	Regular	Regular	Regular							
131	Regular	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							
132	Regular	Adecuada	Adecuada	Adecuada	Inadecuada	Adecuada	Regular	Regular	Regular							

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode: ON

03:08 p.m. 13/01/2020

