



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

Cultura de seguridad del paciente en los enfermeros de los servicios de
cirugía y medicina de un Hospital Público Callao 2018

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Nery Genaro Guerrero Young (ORCID: 0000-0003-0753-4446)

ASESOR:

Mg. Daniel Córdova Sotomayor (ORCID: 0000-0001-7373-2091)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión de Riesgo en Salud

LIMA - PERÚ

2019

Dedicatoria

A mis Padres ejemplo de fortaleza y perseverancia a mi Esposa e hijos por su paciencia ellos han sido mi mayor motivación para no rendirme. A mi familia porque fomentaron en mí las ganas de seguir creciendo día a día y el anhelo de triunfo en la vida.

Agradecimiento

A mis docentes de la maestría de la Universidad César Vallejo y a los integrantes del equipo de salud del Hospital Alberto Sabogal por permitirme poner en práctica y desarrollar mis conocimientos.

Página del jurado

Declaratoria de autenticidad

Yo, Nery Genaro Guerrero Young, estudiante de la Escuela profesional de Posgrado, de la Universidad César Vallejo, sede/filial Lima Norte; declaro que el trabajo académico titulado "Cultura de Seguridad del Paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018", presentado en folios para la obtención del grado académico profesional de maestro en Gestión de los servicios de la salud es de mi autoría. Por tanto, declaro lo siguiente:

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

Lima, 19 de enero del 2019



Lic. . Nery Genaro Guerrero Young

DNI: 10452472

Presentación

Señores miembros del Jurado:

Presento ante ustedes la tesis titulada “Cultura de Seguridad del Paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018”, de conformidad con los lineamientos técnicos establecidos en el reglamento de grados y títulos de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, para obtener el Grado de Magister en Gestión de los servicios de la salud.

La presente investigación tuvo como objetivo Comparar la cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público Callao 2018. El trabajo mencionado consta de los siguientes capítulos: El primer capítulo, referido a los antecedentes, marco teórico, el cual abarca las, diferentes teorías de la variables en estudio, justificación, planteamiento y formulación del problema, hipótesis y objetivos. El segundo capítulo, marco metodológico, donde se presenta la variable, metodología, la población y la muestra, el instrumento utilizado y el método de análisis de datos. El tercer capítulo, se presentan los resultados: descriptivos y contrastación de hipótesis. La discusión, las conclusiones deducidas del análisis estadístico de los datos, así como las sugerencias y los aportes que permitirán justificar la presente investigación.

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

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

El Autor.

Índice

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Índice de tablas	ix
índice de figuras	xi
Resumen	xii
I. Introducción	1
1.1. Realidad problemática	2
1.2. Trabajos previos	5
1.3. Teorías relacionadas al tema	14
1.4. Formulación del problema	29
1.5. Justificación del estudio	29
1.6. Hipótesis	31
1.7. Objetivos	31
II. Método	33
2.1. Diseño de investigación	34
2.2. Variable	35
2.3. Población y muestra	37
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37
2.5. Métodos de análisis de datos	40
2.6. Aspectos éticos	41
III. Resultados	43
IV. Discusión	57
V. Conclusiones	63
VI. Recomendaciones	65
VII. Referencias	67
Anexos	71
Anexo 1. Artículo científico	72
	vii

Anexo 2. Matriz de consistencia	82
Anexo 3. Instrumentos	86
Anexo 4. Consentimiento informado	91
Anexo 5. Instrumentos	92
Anexo 6. Certificado de validez	94
Anexo 7. Permiso de la institución	115
Anexo 8. Base de datos	116
Anexo 9. Otros documentos de importancia	117

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1. Operacionalización de variable	36
Tabla 2. Ficha técnica del instrumento de medición de la variable Cultura de Seguridad del Paciente	39
Tabla 3. Distribución de los niveles en la dimensión cultura de seguridad del paciente de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018.	44
Tabla 4. Distribución de los niveles de la dimensión a nivel de unidad / servicio de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018	45
Tabla 5. Distribución de los niveles de la dimensión a nivel de todo el hospital de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018.	46
Tabla 6. Distribución de los niveles de la Cultura de seguridad del paciente de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un paciente del Hospital Público Callao 2018	47
Tabla 7. Distribución en los niveles de la Dimensión Resultados de la cultura de seguridad del paciente de los Licenciados en Enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018.	48
Tabla 8. Distribución en los niveles de la dimensión Cultura de Seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio de los Licenciados en Enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018.	49
Tabla 9. Distribución de los niveles en la Dimensión Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital de los Licenciados en Enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018	49

Tabla 10. Distribución de los niveles de la Cultura de seguridad del paciente de los Licenciados de enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018.	51
Tabla 11. Contratación de hipótesis de comparación del nivel de Cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018	52
Tabla 12. Contratación de hipótesis de comparación del nivel de Resultados de la cultura de seguridad del Paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018	53
Tabla 13. Contratación de hipótesis de comparación del nivel de Cultura de seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018	54
Tabla 14. Contratación de hipótesis de comparación del nivel de Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018	55

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1. Frecuencia de los niveles de la cultura de seguridad del paciente en los Licenciados en Enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018.	44
Figura 2. Frecuencia en la dimensión Cultura de seguridad del paciente a nivel de unidad / servicio de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018.	45
Figura 3. Frecuencia Cultura de seguridad del paciente a nivel de todo el hospital de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018	46
Figura 4. Frecuencia Cultura de seguridad del paciente de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018	47
Figura 5. Frecuencia de los niveles de la cultura de seguridad del Paciente de los Licenciados en Enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018	48
Figura 6. Frecuencia en la dimensión Cultura de Seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio de los Licenciados en enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018	49
Figura 7. Frecuencia en la Dimensión Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital de los Licenciados en Enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018	50
Figura 8. Frecuencia en la Dimensión Cultura de seguridad del paciente de los Licenciados en enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018	51

Resumen

El título de la investigación fue “Cultura de Seguridad del Paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018”, el objetivo general del presente trabajo fue Comparar la cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público Callao 2018.

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo de nivel descriptivo comparativo con un diseño no experimental, transversal, la población estuvo conformada por 40 Licenciados en enfermería del servicio de Cirugía y 40 Licenciados en Enfermería del servicio de medicina de un Hospital Público del Callao, la técnica que se utilizó fue la encuesta con un cuestionario fue cultura de seguridad del paciente versión española de agency for healthcare research and quality- AHRQ (2009). Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS, versión 23.0. Se utilizaron frecuencia, figuras, para probar la normalidad de los datos de la muestra, se aplicó la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney.

Se concluye que existe diferencias significativas entre Los resultados obtenidos de la contrastación de la hipótesis general, de acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre la Cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

Palabras clave: Cultura, seguridad del paciente, Licenciado en Enfermería.

Abstract

The title of the research was "Culture of Patient Safety in Nurses of the Surgery and Medicine Services of a Public Hospital Callao 2018", the general objective of this work was to compare the culture of patient safety in Nurses services of surgery and medicine of a Public Hospital Callao 2018.

The present study has a quantitative approach of comparative descriptive level with a non-experimental, transversal design, the population consisted of 40 Nursing graduates of the Surgery service and 40 Graduates in Nursing of the medical service of a Public Hospital in Callao, the technique that was used was the survey with a questionnaire was the culture of patient safety Spanish version from the agency of the health care research and quality- AHRQ (2009). The SPSS program, version 23.0 was used for data processing. Frequency, figures, were used to test the normality of the sample data, the nonparametric U Mann-Whitney test was applied.

It is concluded that there are significant differences between the results obtained from the testing of the general hypothesis, according to statistical evidence; there are significant differences between the culture of patient safety in the Nurses of the Surgery and Medicine Services of a Public Hospital Callao 2018.

Keywords: Culture, patient safety, Bachelor of Nursing.

I. Introducción

1.1. Realidad problemática

La seguridad del paciente, dimensión primordial de la eficacia de atención hospitalaria, tiene ver con el proceso de tácticas para minimizar el perjuicio inútil al enfermo vinculado a la ayuda médica. (MSSSI , 2016)

El interés en las entidades sanitarias relacionado con optimizar las prestaciones muestra el reto, tanto al personal administrativo como a los trabajadores asistenciales, en optimizar la eficacia en los cuidados, acogiendo medios óptimos en la atención. (OMS, Serie de Informes Técnicos, No 842, 1994)

La protección de los enfermos es una perspectiva primordial de la calidad que debe ser enfrentado por los trabajadores de los establecimientos de salud, donde el profesional de enfermería está inmerso. La progresiva demanda de la seguridad del paciente está orientada a mejorar las prestaciones de salud influyendo en la economía de los centros de atención hospitalarias. Para ello necesitamos el involucramiento de expertos educados en el entorno de un Magister en Economía Sanitaria y gestión de las prestaciones en Salud, es imprescindible y adecuada. (Vaca, 2016)

Los profesionales de Enfermería representan el mayor número de trabajadores en los centros prestacionales de salud; hoy en día los protestas y querellas que se hacen incluyen a los técnicos enfermeros, resultando de sus actividades de atención. (Organización Mundial de la Salud, 1994)

Los trabajadores del área de enfermería se encuentra entre el 50 a 60% de los técnicos que brindan prestaciones a las organizaciones de salud, siendo una de las profesiones mas involucradas en la atención de la salud; ya que este profesional tiene una preparación optima con valores para actuar en las en las circunstancias que se presenten en su quehacer diario el profesional de enfermería se encuentra en contacto directo con los pacientes , familias y comunidad; constituyendo el grupo ocupacional con mayor importancia. (Urbina, 2009)

En España se realizó un estudio de nuestro tema de investigación en el hospital de Mérida donde Se han estudiado 192 cuestionarios, la tasa de

contestación fue de un 65,08%. El promedio de horas laborales por semana es 37,28. El promedio de años de profesión de los colaboradores es de 21,71. El promedio de años laborados en el centro de salud es de 15,41. El promedio de años laborados en el área/Asistencia de los colaboradores es de 8,59, El 85,4% de los colaboradores no han informado algún Incidente desfavorable en el reciente año. El área de Enfermería del Centro de Salud de Mérida considera el ambiente de protección con un promedio de 6,75. El 95,8% de los colaboradores mantienen relación directa con los enfermos. (Vasco, 2017)

Un estudio realizado en Colombia de sobre la medición de la cultura de protección del enfermo en el centro hospitalario de Antioquia Colombia en el 2013 donde la población encuestada fue 44 individuos, se consiguió un resultado al 100% ya que los investigadores tuvieron acercamiento individualizado con cada trabajador del centro de salud. La repartición de los encuestados por equipos o sectores de acuerdo a su labor, representa un 16% en la zona médica, un 25 % son trabajadores que alterna en distintas zonas, un 18% se ubica en las zonas de soporte y un 41% corresponde a distintas zonas como oficinas y otras labores. La estructura del equipo por cargo en las zonas médicas y oficinas es de 57% médicas , y 43 % de la zona de oficinas. El 70% de las personas que se encuestaron expresa tener trato personal con los enfermos. La continuidad en la entidad se percibe mediante el valor más relevante que indica al 58% de los trabajadores con una relación que está entre 1 y 10 años, el 26% pertenece a los que ya están arriba de los 10 años y el 17% son los que tienen menos de un año. En lo que se refiere a la permanencia por zona de labores, se percibe un 63% en el nivel de 1 a 10 años, un 20% inferior a 1 año y 18% mayor a 10 años. En horas trabajadas semanalmente, el 84% se encuentra en un nivel entre 40 y 59 horas. Y en el periodo de trabajo técnico el 62% está en el rango de 6 y 15 años. (Giraldo, 2013)

En nuestro país se realizó un estudio sobre Cultura de protección del enfermo de las entidades particulares de salud Sanna San Borja y Sanna El Golf 2017 evaluando el grado de cultura de protección al enfermo de la entidad Sanna

San Borja en la que se percibió que de las 35 personas preguntadas, el 2.9% percibió un grado menor, el 20% un grado intermedio y el 77.1% mostraron un mayor grado de cultura de protección al enfermo de la misma entidad los grados de cultura de protección de su servicio/unidad de la entidad se percibió que de los 35 preguntados , el 2.9% percibió un grado menor, el 25.7% un grado intermedio y el 71.4% mostraron un grado mayor de cultura de protección de la entidad. Grados de cultura de protección del enfermo en su riesgo en todo el centro de salud percibimos que de los 35 preguntados, el 2.9% observó un menor grado, el 22.9% un grado intermedio y el 74.3% dijeron que existe un grado mayor de cultura de protección de información en su servicio/unidad de la entidad en mención. Grados de cultura de protección de su unidad de la entidad se observó que de los 35 preguntados, el 5.7% percibió un menor grado, el 17.1% un grado intermedio y el 77.1% mostraron un mayor grado de cultura de protección de su servicio en la entidad. Grados de cultura de protección del enfermo de la entidad particular de salud Sanna Golf se percibió que de los 35preguntados, el 37.1% observó un menor grado, el 60% un grado intermedio y el 2.9% mostraron un grado mayor de cultura de protección del enfermo de esta entidad. (Llagas, 2017)

Un estudio realizado en Maynas Iquitos sobre la precaución de sucesos desfavorables en las profesionales de enfermería del área de internamiento de una Entidad Particular de Salud en Maynas-Iquitos, 2017 se obtuvo que el Nivel de práctica, en el cumplimiento de las medidas preventivas en sucesos desfavorables, de las profesionales de enfermería del área de internamiento de una entidad particular de salud, 2017. Se confirma que del 100% de los casos en los que se evaluó el cumplimiento de las medidas preventivas, en el 55%, se brindó la atención con un nivel de práctica óptimo, mientras que en el 45% se brindó el cuidado con un nivel cuestionable. No se reportaron casos críticos. En lo referente al Nivel de práctica, en la dimensión riesgo de caídas, de las profesionales de enfermería del área de internamiento de una entidad particular, 2017. Se pudo observar que del 100% de los pacientes atendidos, al 74%, el profesional de enfermería le brindó la atención con un alto grado de conocimiento en relación a la precaución de peligro de caidas; al 20% con un nivel cuestionable, y sólo al 6% una atención crítica. Y en lo concerniente al Nivel de práctica, en la

dimensión riesgo de úlceras por presión, de las profesionales de enfermería del área de internamiento de una entidad particular de salud, 2017. Se logró observar que del 100% de los pacientes atendidos, al 77%, el profesional de enfermería le brindó la atención con un grado de conocimiento cuestionable en relación a la precaución de peligro de úlceras por presión; al 13% con un nivel crítica, y sólo al 10% una atención óptima. (Saito, 2017)

Ante lo expuesto líneas anteriores se hace imprescindible llevar a cabo el presente estudio con el propósito de hacer un diagnóstico en la circunstancia que están el hospital Alberto Sabogal sobre la materia de cultura de seguridad del paciente.

1.2. Trabajos previos

1.2.1 Internacionales

Vasco (2017) Mérida España llevó a cabo un estudio sobre Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la Enfermería del hospital de Mérida su meta fue estudiar dicha cultura, Es una investigación descriptivo. Observacional y de corte transversal sobre la eficacia y protección del enfermo a cargo de los técnicos en enfermería del centro de salud de Mérida, se estudiaron los elementos socio profesionales de los integrantes relacionado a una manera en vinculación con seguridad del paciente. Asimismo, se estudiaron las capacidades y puntos débiles concluyendo las ocasiones de optimización, continuando la estructura de opiniones planteadas por la entidad para el estudio y Eficacia de la cuidado sanitario. AHRQ (Agencia por la búsqueda de calidad y cuidado de salud). Con el fin de orientar las acciones o actividades que pudieran proceder de la investigación de cara a mejora la calidad y seguridad del paciente. La población utilizada para investigación fué el área de profesionales enfermeros de la Institución de salud de Mérida el cual tiene 323 profesionales. El autor llego a la conclusión que el ambiente de Seguridad en la entidad es aceptable, el cual se puede optimizar. Aún así, una alta de la Enfermería no ha informado algún EA en el año transcurrido, considerando que en mayor cantidad laboran en el área de internamiento. La proporción de comunicación de EA/Enfermero es 0,49, cantidad que no coincide con la calificación determinada al ambiente de

seguridad, es posible que sea por el miedo revelado por algunos de los integrantes al informa cualquier falta esto aparece en su documentación y es posible que se tomen medidas disciplinarias.

Orkaizagirre (2016) Zaragoza España realizó una investigación cuya finalidad fue saber si las nuevas enfermeras en equipos médicos y de operaciones del Centro de Salud Universitario Donostia (HUD) ejecutan sucesos desfavorables y comunican percances y como influyen los elementos poblacionales y los que están observados en la cultura de seguridad que serían beneficiosos. Se realizó una investigación observacional descriptiva y de corte transversal en el que se usó el cuestionario CEHSP (Cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre seguridad del paciente), estimándolo conveniente para apoyarnos a entender los elementos predominantes de las profesionales de enfermería en la seguridad del paciente. Este cuestionario se adecuó del “Cuestionario sobre seguridad de los pacientes” el cual está orientado a técnicos sanitarios del entorno sanitario el cual fué aprobado y acondicionado por el Ministerio de Sanidad. La población en investigación son las profesionales de enfermería practicando en equipos de doctores cirujanos del HUD con relación con el enfermo mayor en su trabajo cotidiano. Se designaron estos equipos estas debido a que los enfermos necesitan atención constante de los técnicos en enfermería. Se lograron 260 cuestionarios contestados de 552 lo cual significa un nivel de contestación de un 47.1%. Con lo cual se sobrepasó la muestra esperada de 247 cuestionarios. Todos los equipos hospitalarios de doctores y cirujanos están representadas, en más alto grado las de Medicina y Quirúrgica que tienen mas cantidad de equipos y personal de Enfermería en el HUD. Del total, el 40,8% de los colaboradores corresponde a equipos médicos y el 58,4% a cirugía, lo que expresa un nivel de contestación del 35,8% de los equipos médicos y del 60,4%. Se estudió la desigualdad de las contestaciones para las dimensiones de acuerdo al área a la que corresponden las técnicas en enfermería mediante el test t-student con la que se distinguen ciertas desigualdades importantes en las contestaciones positivas en 3 de las 12 dimensiones. En los tres temas la proporción de contestación positiva fue elocuentemente mayor en los equipos

médicos en paralelo a las de cirugía, no se puede tomar en cuenta a alguna de estas como capacidad.

Prado, Rizo, Díaz y Hoyos (2014) realizaron un estudio donde su objetivo fue reconocer los puntos de vista principales de la protección del enfermo en los centros de salud a través de la investigación en libros en la etapa 2008 – 2013 internacionalmente. Realizando la investigación de diversos orígenes y/o páginas de información como: Pubmed, Scielo, Lilacs, Google académico, VSPCol-Literatura Colombiana en supervisión en salud estatal, Minsa, OMS. De los artículos hallados, se eligieron y estudiaron 50, se dividen 38 en idioma español, 10 en idioma inglés y 2 en idioma portugués. Luego se fundamentaron las matrices de estudio, los artículos se incorporaron en un mapa cerebral que ayudó para completar el artículo. Los investigadores hallaron los resultados en los que se pudieron identificar 1.227.300 en las páginas de información preguntadas, que incorporaban las palabras clave empleadas en el artículo; eligiendo una muestra de 50 artículos pertinente al 0.004%. Los autores Concluyeron que El cumplimiento de la normatividad vigente contribuye a avalar el trabajo de los técnicos de la salud y de las entidades. La seguridad del paciente es una materia fundamental en los hospitales, lo que posibilita la planificación y vigilancia para asegurar el cuidado, la responsabilidad es impulsar una cultura de seguridad que resulte favorable para todos.

Varela (2013) presento un estudio que tuvo como finalidad fue saber el grado de Cultura sobre protección del enfermo a cargo de los técnicos enfermeros del área de emergencias de la entidad de salud mencionada. Este Estudio de tipo descriptivo transversal que recolectó las conclusiones del grado de cultura de los técnicos de Enfermeros del área de emergencias del CHU de la ciudad mencionada, empleando la encuesta del hospital traducida al español. El cuestionario se distribuyó a 29 empleados. Estudio descriptivo reuniendo las contestaciones en, favorables imparciales y adversas, de las cuales se identificaron las capacidades y las posibilidades de optimización. Mediante este estudio pudieron encontrar resultados en las que se percibe que un 62% de los preguntados comunica no haber informado algún suceso contraproducente para

el enfermo en el año reciente, en cambio un 31% han informado una única falta, totalizando un 93%, proporción parecida al conseguido por el MSPS. En la dimensión “Frecuencia de eventos adversos notificados” observamos, no obstante, no exista posibilidad de optimización, deberíamos recapacitar acerca de la información de las faltas que no tuvieron resultados desfavorables, pues un grupo menor de los colaboradores (27%) afirman que esto se lleva a cabo, frente a un 47% conseguido en el del MSPS. Lo cual concuerda con las conclusiones conseguidas por las investigaciones mencionados inicialmente, no obstante en este se percibe una más alta proporción de contestaciones positivas. Aun cuando la finalidad en la que nos concentramos es fijar recomendaciones para optimizar los puntos débiles, no se puede pasar por la preponderancia de conservar estas capacidades y si es posible optimizarlas. Llegaron a las siguientes recomendaciones:

Debido que la “Dotación del personal” es imprescindible la optimización del talento humano, para que así el personal no labore coaccionado, y tampoco acrecentar la cadencia lo que pondría en riesgo la protección del enfermo. También, considerar los contextos de alto requerimiento originando un abarrotamiento del área correspondiente y la cantidad laboral se incrementa considerablemente.

Para lograr una optimización de la apreciación general de los trabajadores en cuanto a la seguridad, es prioritario considerar los sucesos desfavorables que suceden, para reconocer las fuentes y capacitarse en temas de seguridad²⁴. Para esto, se debe calcular el perjuicio y las secuelas, reflexionar sobre los contextos en los que se originó y efectuar medidas para impedir que suceda nuevamente. La participación de los dirigentes es fundamental en la cultura de seguridad. Modelos de los ejercicios que correspondería realizar son: promover una cultura accesible y equitativa, constituir la tarea de peligros con la tarea general de la entidad (fijar metas, efectuar procedimientos de optimización...), fomentar la comunicación de sucesos desfavorables, implicar a los enfermos y sus parientes, sacar conclusiones de las faltas e instruir al personal el por qué los EA ocurren y,

finalmente, efectuar medidas que disminuya el peligro a través de transformaciones en experiencias, desarrollo y procedimientos .

Lo adecuado es que los asuntos de seguridad se estipularan como un inconveniente de grupo y no personal, así los trabajadores no tendrían temor a los castigos al momento de identificar la hora de reconocer que ha incurrido en una falta, promoviendo también la comunicación de los sucesos desfavorables logrando una óptima comprensión de las faltas que se originan en el trabajo y proceder sobre sus orígenes y no reincidir en ellas.

1.2.2 Nacionales

Atauje (2017) Realizo una investigación cuyo propósito fue establecer el nivel de experiencia sobre la precaución de sucesos desfavorables en las técnicas de enfermería del área de internamiento de un centro privado de salud, Iquitos. Este estudio fue de enfoque cuantitativo, pues la información es producto de cálculos y se utiliza métodos estadísticos para analizar los datos; de diseño no experimental, ya que se observa los hechos de la manera que suceden en su propio entorno; de corte transversal porque se toma una muestra de una población en un momento determinado; y por último, de tipo descriptivo porque la finalidad de la investigación fue describir o determinar la prevalencia de la variable de estudio, también se analizó a 100 enfermos para poder estimar el grado de cuidado de los enfermeros. Utilizamos la lista de chequeo hecho por ESSALUD, el que tuvo un KR-20 de 0,8, manifestando su confiabilidad. Conclusiones: El 74% de las técnicas de enfermería demostró un alto grado de experiencia en la previsión de peligro de caer; el 77% discutible en la precaución de peligro de heridas por estrés, y el 57% excelente en la distribución infalible de medicinas. El autor concluyo que El 55% de las técnicas en enfermería logró un grado de experiencia excelente en la prevención de eventos adversos, y el 45% discutible, Así mismo, en la práctica de prevención de caídas, el 74% obtuvo una calificación óptima, seguido del 20% que fue cuestionable, y finalmente, un 6% con la clasificación más baja. Con respecto a la prevención de Ulceras Por Presión, el 77% obtuvo una calificación cuestionable en la práctica, el 13% llegó al nivel crítico, y sólo un 10% tuvo un nivel óptimo. – Por otro lado, en la administración segura de

medicamentos, se alcanzó un nivel de práctica óptimo con el 57%, mientras que el 43% fue cuestionable.

Saravia (2017) Lima realizó una investigación, su meta fue establecer la relación entre los temas mencionados en el presente título en las enfermeras en espacios cruciales de la entidad, El método empleado fue hipotético deductivo según Sánchez y Reyes. Su Diseño es de tipo no experimental, corte transversal y correlacional, la población es el grupo de la totalidad de estudios que coinciden con ciertas características o detalles”. (Hernández et al., 2014, p. 174) el universo fueron 150 Enfermeras de la unidad de áreas críticas: Unidad de cuidados intensivos (UCI), Emergencias, Recuperación. Resultados en cuanto a la cultura de seguridad los trabajadores indicaron que el 32.4% (35/108) presentó un nivel bajo, el 63% (68/108) indicaron que tienen un grado medio y el 4.6% (5/108) presenta un grado alto de cultura de seguridad Conclusiones. Consta la relación significativa entre cultura de seguridad del paciente y gestión del talento humano en los enfermeros en espacios cruciales del centro de salud mencionado, 2017, de acuerdo al coeficiente de correlación Rho de Spearman con el valor de 0,842.

Chambi (2016) estudio realizado cuyo objetivo fue estudiar la seguridad en la atención del área de enfermería vinculado con el nivel de complacencia de enfermos del área médica del hospital en mención. El vigente trabajo se ubica en relacional ya que verá la relación entre la protección ofrecida al enfermo por la asistencia en vinculación con el agrado del cuidado y la atención recibida por las enfermeras, teniendo como población de estudio a 83 enfermos internados en el área médica y de otras áreas del centro de salud, se utilizó la observación y entrevista estructurada. obteniéndose las siguientes conclusiones sobre seguridad en administración de datos, seguridad en el medio hospitalario, así como seguridad en la atención; en la administración de los datos sobre reglas en los hospitales, datos con atención cordial, en los informes en determinaciones sobre su medicación, en la atención en el ambiente en el empleo del vehículo de emergencia y la protección de la atención al caer, se vincula con el agrado en el área médica con conclusiones de cálculo importantes con un grado de posibilidad arriba del 95% según la prueba del chi cuadrado de Pearson. Y el agrado de los

enfermos del área de medicina en 55.4% quedaron descontentos, el 33.7% quedaron insuficientemente contentos, el 4.8% contentos de la prestación, solamente el 6% quedaron muy contentos de la atención brindada. Donde los autores concluyen que la seguridad en la administración de los datos son las que mejor vinculación tienen con el gusto de la atención, no hallando vinculación más alta en el ambiente del centro de salud h y la seguridad personal del enfermo.

Figuroa (2016) realizó una investigación que en su objetivo tuvo establecer el vínculo existente entre la cultura de seguridad del enfermo por las técnicas de enfermería y su vinculación con los sucesos desfavorables en el área de urgencia del centro de salud mencionado, El método empleado fue cuantitativo, estudio nivel básica, y descriptivo. También, fue no experimental, de corte transversal y de diseño correlacional. El instrumento fue un Cuestionario. La confiabilidad fue del 95% para la cultura de seguridad y un error relativo del 5%. Con una muestra formada por 24 profesionales licenciados en Enfermería del servicio de centro quirúrgico El muestreo fue probabilístico intencional. El investigador determina la existencia de una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras y los sucesos adversos en el centro de salud mencionado Con Rho Spearman de 0.781, $p\text{-valor} = 0.000 < \alpha = 0.05$.

Martínez (2016) llevo a cabo un estudio, su finalidad fue establecer la Cultura de protección del enfermo, en técnicas de enfermería del área de Cirugía y recuperación del Hospital mencionado. La investigación es de tipo cuantitativo, donde La población elegida para esta investigación está se conforma de 45 técnicas de enfermería que laboran en el área quirúrgica, de urgencia y obstetricia; y de Recuperación, urgencia y obstetricia obteniéndose los siguientes resultados en vinculación a la Cultura de protección del enfermo a cargo de las técnicas en enfermería que trabajan en el área de cirugía y convalecencia del centro de salud en mención, se percibe que del 100% (45), el 51,1%(23) tienen una cultura firme, un 48,9%(22) con una cultura frágil. De acuerdo a la apreciación de protección de los enfermeros que trabajan en cirugía y convalecencia del centro de salud mencionado; percibimos que del 100%(45) de técnicas de enfermería preguntadas, el 53.3%(24) observan la seguridad del enfermo como

una cultura frágil, entonces con posibilidad de optimizarla; solamente el 46.3%(21) de todas las trabajadoras de enfermería observan una cultura fuerte, que significa preferencia para la seguridad del enfermo y eficacia en los procesos. Según la periodicidad de sucesos informados por las técnicas de enfermería que trabajan en el área de cirugía y convalecencia del centro de salud mencionado; se percibe que del 100%(45) de técnicas de enfermería preguntadas, el 57,8%(26) de técnicas de enfermería describen contar con una cultura frágil , en tanto que el 42,2%(19) mencionan contar con una cultura firme en relación a la periodicidad de sucesos informados. En lo vinculado a las labores en grupo en la cultura de protección de las técnicas en enfermería que trabajan en el área de cirugía y convalecencia del centro de salud mencionado; en lo referente a la “Labor en grupo al interior del sector o prestación” se percibe una cultura firme con el 53.3% (24), en tanto que el 46.7% (21) indica una cultura frágil. Mientras que un 51.1% (23) se estima que hay una cultura frágil en relación a la “Labor en grupo entre los sectores o prestaciones” en semejanza al 48.9% (22) que reconoce a una cultura firme. En relación a la Notificación en la cultura de protección de las técnicas en enfermería que trabajan en el área de cirugía y convalecencia del centro de salud en mención; asimismo se percibe que del 100% (45) de técnicas de enfermería preguntadas, en relación al “Nivel de apertura de la comunicación” se percibe en su mayoría la existencia de una cultura con un 88.9% (40). También se percibe un horizonte parecido en relación a la “Comunicación e información a los trabajadores por las faltas del gruposo” con el 66.7% (30), que muestra igual una cultura frágil. Respecto a la Administración y Tarea en la cultura de protección de las trabajadoras de enfermería que trabajan en el área de cirugía y convalecencia del centro de salud en mención; en el GRAFICO N°6 se visualiza que del 100% (45) de trabajadoras de enfermería preguntadas, en relación al “Aprendizaje institucional para la optimización constante en la seguridad” se estima la existencia de una cultura firme en su mayoría con el 55.6% (25). En tanto en relación a los “Trabajadores: capacidad, posibilidad y gestión” y al “Soporte de la administración para la protección del enfermo” se percibe en su mayoría la existencia de una cultura frágil con el 57.8% (26) y el 62.2% (28). En relación al Control en la cultura de protección de las técnicas en enfermería que trabajan en

el área de cirugía y convalecencia del Centro de Salud en mención; en lo que refiere a las “Labores del dirigente para fomentar la seguridad de los enfermos ” y “contestación no correctiva a las faltas, apreciación de los trabajadores” se percibe una cultura firme con el 51.1% (23) y el 68.9% (31); en lo que se refiere a los “Inconvenientes en los traslados de enfermos o variaciones de reemplazo” se percibe una cultura frágil con el 57.8% (26). En relación a los elementos de la cultura de seguridad del enfermo; decimos que del 100% de profesionales de enfermería preguntadas (45), en su mayoría los rasgos que consiguieron contestaciones son “Respuesta no correctiva a las faltas” con el 68.9%, “Enseñanza institucional para la optimización permanente” con el 55,6% y “Labor en grupo en el interior de la prestación” con el 53.3% ; en sucesión del 51.1% pertinente a las labores del dirigente para fomentar la protección de los enfermos. En tanto los que consiguieron contestaciones adversas, fueron normalmente el “Nivel de tolerancia de la información” con el 88.9%, también la “Notificación a los trabajadores acerca de las faltas del grupo” llega al 66.7%. Cabe mencionar asimismo “trabajadores: capacitado posibilidad y gestión” e “Inconvenientes en los trasposos de enfermos o variaciones de turno” consiguieron el 57.8%. El investigador pudo concluir. La Seguridad del enfermo involucra optimizar las situaciones de las áreas, logra un cuidado completo en relación a toda la asistencia, y a todas las labores que atañen a la gerencia encomendada, a los dirigentes y a los trabajadores de salud implicados, lo que te exige una responsabilidad de trabajo y por optimizar los grados de protección del enfermo en la entidad. También, es indiscutible que, a pesar de estimar una cultura firme, la proporción de cultura frágil es mayor, lo cual posibilita recapacitar en la carencia de varios arreglos en las tácticas, decisiones y gestiones para optimizar el nivel de seguridad del enfermo en la entidad. Los elementos que componen debilidades, importantes a solucionar son el “Nivel de tolerancia en la información”, la “Notificación a los trabajadores acerca de las faltas del grupo”, los “:Trabajadores capacitado, posibilidad y gestión” y los “Inconvenientes en los trasposos de enfermos o variaciones de turno”.

1.3. Teorías relacionadas al tema

Definición de seguridad del paciente

Para la OMS (2008) Esas sociedades de seguridad serán las que se sitúan sobre “los servicios, las condiciones, las apreciaciones, las capacidades y los objetivos tanto personales”, como los de la figura de dedicación de reclamar asociaciones para disminuir los peligros y los daños. Hacia una correspondencia a la luz de la confianza común entre las personas, la identificación de que la seguridad es significativa y las acciones de aversión de certeza. La protección se acaba de alcanzar hay un deber impartido en todas las áreas de la empresa, empezando por los trabajadores de línea principal que serán administradores superiores.

Según Castillo, Tello y Rosero (2014, p. 6). Afirmaron una cultura de seguridad la que constituye la máxima de "no dañar" en el propio ímpetu de identificación de la empresa, como la incorporación a sus reglas y operaciones, y la sede como una tarea primordial". “Esta misión se define por los fundamentos empresariales y se lleva a la atención de sus socios a manera de fundamentos correctores que rigen las labores de la empresa y se utilizan en sus trabajos cotidianos. Una cultura de seguridad es la que dirige el empeño grupal de una empresa para dirigir todos los componentes culturales a los fines de seguridad, incluyendo los de sus socios, procedimientos y acciones” de trabajo.

Para Cometto, Gómez, Marcon, Zárate, De Bartoli y Falconí (2011, p. 3) precisaron que es la falta de peligro o perjuicio latente incorporado al cuidado de la salud, y se fundamenta en el “grupo de componentes organizados, métodos y herramientas apoyadas en información evidenciada”, con la finalidad de abreviar los peligros de tener sucesos desfavorables con los métodos de cuidados de los enfermos.

Enfoques de la cultura de seguridad del paciente Guldenmund (2010, p. 11). Propuso tres tipos de enfoques de cultura de seguridad: académico, analítico y pragmático:

Enfoque académico: asume la cultura como el resultado de lo que ha sucedido en la organización en el pasado; la cronología de la empresa sería un

componente influyente en la actualidad de la cultura estructural. A través de métodos cualitativos (entrevistas, observaciones, estudios documentales), este enfoque tiene por objetivo describir y entender, en un sentido antropológico, la cultura de seguridad más que evaluarla.

Enfoque analítico: la cultura es una construcción de múltiples dimensiones que se calcula para lograr datos referentes a si las dimensiones que se evalúan están o no presentes en la organización. Utiliza principalmente la metodología cuantitativa, siendo los cuestionarios los instrumentos mayormente empleados para estudiar la cultura de seguridad según este punto de vista.

Enfoque pragmático: parte del supuesto que una organización tiene una buena cultura si hay un buen rendimiento. Se asume la cultura organizativa como una etapa de experiencia en el que la meta es pasar a la próxima etapa.

La enfermería y la seguridad de los pacientes

La seguridad de los enfermos siempre fué una constante inquietud de los profesionales del planeta, es así que el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) incorporó en el interior de sus ediciones de información ciertos puntos de utilidad para la seguridad de los enfermos. La intranquilidad progresiva del CIE es el establecimiento de medios preparados para aceptar los desafíos de la seguridad en un entorno de eficacia y unificación corporativa, en cambio no sería el único tema significativo a valorar en el caso de la seguridad, pues si las “faltas personales suelen ser el principio de errores difíciles, comunmente existen elementos en el sistema más difíciles, si se hubiesen corregido con anterioridad se salvaban las faltas. Es por eso que para incrementar la seguridad de los enfermos se lleven a cabo una variada sucesión de gestiones en el contrato, capacitación y conservación de los técnicos de salud y es asimismo imprescindible optimizar los rendimientos, la seguridad del medio y la tarea del peligro, también la inspección de las contaminaciones, el empleo indudable de las medicinas, el cuidado de los dispositivos, la seguridad de la experiencia médica y del ambiente de las atenciones”

Modelos explicativos de la cultura de seguridad del paciente

Modelo del queso suizo de Reason. Para Aranaz y Aibar (2008, p.10). En esta prueba cada procedimiento posee diferentes obstáculos que distancian la exposición a peligros de los perjuicios que estos produzcan, lo que significa los peligros, de los daños. Pero, estos obstáculos del procedimiento no son seguros y es posible que tengan “orificios” cual pedazos de un queso suizo.

Los orificios del queso podrían ser de dos características: errores activos, ejecutados por individuos en relación personal con el enfermo, y que tarda muy poco tiempo, y los errores o situaciones encubiertas, inconvenientes habitualmente escondidos característico del planteamiento del procedimiento. Los orificios generalmente no se encuentran en línea, esto hace que el error en un obstáculo sea neutralizado por el aislamiento de la sucesiva. No obstante, cuando estos errores u orificios están en línea, en ese momento sucede el accidente y es posible que este lastime al enfermo, por lo tanto, sucederá un suceso desfavorable y si el accidente no llega a ser perjudicial, lo que vendría a ser solamente un suceso nombrado cuasi-error. Por lo tanto, el inconveniente no es que suceda un error en el procedimiento, sino que sucedan diversos errores juntos, esto es lo que generalmente sucede al darse un suceso desfavorable, pues resulta la sucesión de eventos infortunados que más que un error ocasional, resulta una cadena de errores del procedimiento que es prioritario examinar y arreglar.

Modelo del movimiento medioambiental. Según Aranaz y Aibar (2008) afirmaron que este modelo es producto de la sensibilización que ha hecho el movimiento medioambiental a los habitantes del planeta en temas relacionados con la polución o el cambio climático, de él puede aplicarse ciertos elementos adaptables a los temas de seguridad médica de los enfermos:

Tener un enfoque de grupo sobre los elementos que perturban a la seguridad (pensar globalmente).

Necesidad de fijar objetivos concretos en hospitales, y asistencia y proceder en el lugar del lecho del paciente.

Ordenar de forma inevitablemente agendas para el lugar, autónoma, estatal y mundial.

Necesidad de emplear los elementos de cordura, mantener y constancia.

Modelo yin y el yang.

Según Aranaz y Aibar (2008) este modelo aparece en la ideología oriental. Representa las dos fuerzas primordiales, contrarias pero adjuntas, se hallan en la mayoría de elementos. En el entorno de la seguridad médica, el yin pertenece al infortunio y el yang a la protección. Siendo circunstancias “constantes” de alto o bajo nivel de peligro para el enfermo.

El peligro y la seguridad constituyen un equilibrio activo simbolizado por la raya tortuosa que los distancia: al acrecentarse uno, reduce el otro. Suponiendo en la optimización constante de la calidad, se intenta que este equilibrio sea apartado junto al yang de la seguridad.

El peligro y la seguridad es posible que se conviertan en disímiles. En el peligro existe seguridad, así como en la seguridad existe peligro, simbolizado al incorporar un centro del disímil. Fortalece el concepto de que complicado encontrar un trabajo médico inofensivo.

Modelo de seguridad del paciente en siete pasos. La agencia nacional para dar seguridad del paciente (NPSA, 2005, p. 20). Perteneciente al sistema nacional de salud (NHS) de Reino Unido propone este modelo para buscar la mejora de la seguridad de los pacientes y describe siete sendas de la mejora continua:

Dirigir y ayudar a sus trabajadores. Indicar un punto de vista transparente y consistente acerca de seguridad del enfermo en la totalidad de la organización. La base de ello es tener buena comunicación y habilidad para responder. Los trabajadores en general deben conocer cómo se brinda la asistencia en salud y en qué momento se puede mejorar. Los estímulos y la formación son fundamentales, esto se puede alcanzar si hay sesiones formativas y maneras que estimulen a los empleados a proponer opiniones para optimizar.

Formar parte de las tareas en la gestión del riesgo es crear marcos que más métodos hay para la gestión de riesgos la administración coordinada de circuitos implica que las lecciones académicas sobre un rango de peligro podrían ser una oportunidad para ser diseminadas con otras zonas.

Promover la notificación en atención primaria. Asegurar que los trabajadores comuniquen de manera sencilla sucesos en el el lugar y en todo el país. La notificación en cuidado primario es complejo. Los factores que inquietan de forma negativa a la notificación son la carencia de medios informáticos integrados y que los trabajadores no posean igual responsabilidad sobre la notificación. Cada entidad de cuidado básico tiene que meditar en el camino óptimo para obtener los datos de los diferentes sucesos. Es primordial de acuerdo a ello tener una cultura de la notificación.

Implicar e informar a los enfermos y usuarios. Contiene el avance de las áreas con el fin de notificar claramente y entender a los enfermos, familia y personas cuidadoras y la sociedad. Si el enfermo toma la responsabilidad acerca de su forma de vida, seguridad y salud el peligro de dificultades sanitarias se reduce. Si bien es cierto cuando sufrimos un daño, su concepto acerca del mismo es contrario al del doctor, debemos considerar que se puede dar una idea acerca de las razones del inconveniente y mostrar recursos para precaver que no vuelva a suceder el inconveniente. La prestación de salud debe ser accesible a estas aportaciones.

Capacitarse y colaborar con instrucciones de seguridad. Comunicar a los trabajadores y emplear un estudio del origen para saber cómo y porqué se dan los problemas. Dar la información cuando algo esta mal debe ser fundamental. Con frecuencia culpamos a las faltas humanas pero estas actividades no ayudan ahondar en el problema. Un análisis de forma detallada de la circunstancia ayuda a saber las causas, de allí que es transcendental que las instituciones de cuidado básico analicen el problema. En gran parte de las ocasiones, estas van más lejos de la importancia de un trabajador o del grupo: por ejemplo, los trabajadores que no tuvieron los estudios adecuados, o que el régimen o método con el que

laboran ya sea vetusto y no muestre el conocimiento presente o no resulte posible adaptar al instrumental con el que cuenta la entidad.

Establecer recursos para precaver el perjuicio. Presentar instrucciones mediante transformaciones sobre experiencias, métodos alternativamente marcos. Grado de asociaciones de previsión y pulidos quien verá las variables contribuyentes subyacentes acerca de los episodios de bienestar tolerante de esta manera que, de nuevo el tiempo, teniendo encuentros también en un rango podría ayudar

Mientras que, el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), manifestó que estas etapas no son una frecuencia obligatoria, sino que son parte del procedimiento constante de la asistencia de salud. Constituyen el marco de actuación para optimizar la seguridad del enfermo y por esta razón deben ser tenidos en cuenta por las organizaciones y equipos de atención primaria. Con estas guías se busca desplegar la cultura ya mencionada con los trabajadores y los enfermos.

Componentes de la cultura de seguridad del paciente según Cooper (2000) citado en Zula (2015, p. 25). Planteó una forma determinada, los elementos que se reconocieron como habituales en las entidades con cultura de seguridad eficiente, son estas cuatro: (a) la declaración a los empleados de la existencia de peligros en las labores de la entidad, (b) la apreciación de un entorno independiente de falta, en la que las personas tengan la posibilidad de comunicar faltas sin miedo a las represalias, (c) la confianza de hallar asistencia en su entidad para corregir las condiciones endeble y (d) la intención por parte de la entidad para consignar medios encaminados a los temas vinculados a la seguridad.

Según Tomás y Gimena (2010, p. 21). Señalaron que, en las entidades con cultura de seguridad eficiente, la seguridad es distinguida por todos como fundamental y tal apreciación cambia en toda la entidad.

Etapas de mejora de la cultura de seguridad del enfermo De acuerdo con Varela y Rodríguez (2011, p. 12), las etapas o niveles de desarrollo cultural son:

Patológico: la seguridad será un problema, los datos están confinados también la culpa prevalece hacia la gente.

Reactivo: el bienestar es importante, en cualquier caso, sólo reacciono. El punto en que ocurrió un daño real.

Calculador: tiene tendencia a acentuar la regularización y cuando ocurre un episodio, en búsqueda de determinación y lo demostrará sin más examen.

Proactivo: las instituciones efectúan acciones de seguridad e implican a la totalidad de sus trabajadores.

Generador: los datos pueden ser observados activamente en el foco. Además, obtiene el grado de seguridad y falta de fiabilidad de la asociación.

Factores determinantes de la cultura de seguridad del paciente Para Recio (2005) citado en Benavides y Quiñones (2015, p.25). Mencionó como aspectos son parte de la cultura de seguridad del enfermo.

Factores de paciente: incorporan las características que son peculiares del enfermo, o enfermos implicados en el suceso desfavorable. También lo mismo que los factores personales, se juntan con factores socioculturales.

Factores individuales: son las características singulares y determinadas de cada individuo implicada en el suceso desfavorable. Engloba características, psíquicas parentesco, vínculos de trabajo laborales y otros.

Factores de tarea: son los que ayudan al avance fehaciente y positivo de las ocupaciones vinculadas con los procedimientos médicos.

Factores sociales y de equipo: fundamentalmente son características vinculadas con los diversas maneras de comunicación. No obstante, la manera de ejecutar, las organizaciones típicas de categoría y la incorrección con los sujetos con una menor práctica del grupo, es posible que perturben de manera importante a la relación del grupo.

Factores de formación y entrenamiento: la posibilidad y condición de los sistemas instructivos al alcance de los trabajadores es posible que perjudique a su

capacidad y al avance de sus ocupaciones en situaciones de coacción y contextos de urgencia. La garantía de la capacitación como una técnica de optimización de la seguridad puede verse también afectada por lo que incluyen, la manera en que se transmite, la manera en que se analizan las prácticas obtenidas, el acompañamiento y las capacitaciones.

Factores de equipamiento y recursos: en el entorno de la salud es primordial tener confianza del adecuado trabajo de los dispositivos que van a prestar atención a los enfermos. Tomando en cuenta como bienes a los trabajadores bien capacitados así como también capital que posibilite el establecimiento de sistemas de capacitación, la adquisición de instrumental moderno, etc. Influye claramente al trabajo y a la predisposición a la falta.

Condiciones de trabajo: son los elementos que perjudican la disposición de laborar en contextos favorables en el cargo laboral como: ambientes de calor, desagradable, alumbrado escaso, sonido de las máquinas, de faenas, muchas personas.

Factores organizativos y estratégicos: son elementos, obtenidos de buena manera, o pertenecen a la entidad. Es posible que estén ocultos o no darles importancia, por otras maneras de imposición por ejemplo metas de acción.

Estrategias para mejorar la cultura de seguridad del paciente Según González (2016, p.19). Afirmó que son las que sirven para promover una cultura de seguridad del enfermo pueden contener una única intervención o varias mezcladas en una orientación multifacética. Entre ellas están:

Formación del equipo “team training”. Según Salas, Paige y Rosen (2013, p. 22). Afirmaron que es un grupo de métodos estructurados para perfeccionar los procedimientos de empleo en equipo, como la comunicación, la cooperación, la colaboración y el liderazgo.

Rondas de los líderes “executive walkrounds”. Es una estrategia que implica/vincula al liderazgo de la organización de forma directa con los suministradores de atención. Los directivos tienen que ver en primera instancia la asistencia de pacientes con la finalidad de ver y hacer un análisis de las

amenazas actuales o potenciales a la seguridad del paciente. Según Menéndez, Martínez, Fernández, Ortega, Díaz y Vázquez (2010, p. 17). Manifestaron que los Walkrounds pretenden:

Mostrar el grado de seguridad del paciente.

Determinar las formas de comunicación con relación a la seguridad del paciente tanto por los trabajadores como con los directivos.

Dar opciones a los altos directivos para conocer más sobre la seguridad del paciente.

Encontrar las opciones con la finalidad de mejorar la seguridad, cimentadas en tópicos identificados en el proceso de las rondas.

Promover la denuncia de las dificultades, errores y sucesos.

Promover una cultura de transformación en relación a la seguridad del paciente.

Determinar soluciones de tipo local para disminuir el riesgo.

Comprehensive Unit-Based Safety Program (CUSP) De acuerdo con Rotteau, Shojania y Webster (2014, p. 29). Es una estrategia interdisciplinaria para modificar la cultura que tiene por finalidad cambiar la cultura de seguridad y brinda un cuadro para hacer frente a los temas de seguridad del paciente en el medio local.

Provecho de una cultura de seguridad positiva y constructiva Según Kirk, Parker, Claridge, Esmail y Marshall (2007, p.28). Además de los principios básicos de seguridad y protección, es importante señalar que es necesario comprender mejor la seguridad y la idoneidad de reclamar actividades preventivas.

Para Van, Frese, Baer y Sonnentag (2005) citados en Giménez (2013, p. 16). Una cultura de seguridad positiva se asocia con un alto desempeño de la seguridad de los trabajadores, un óptimo cumplimiento de la entidad y difusiones nuevas insinúan una vinculación parecida en la ayuda médica como podemos observar.

Las entidades con culturas de seguridades efectivas participan con un firme liderazgo para promover la cultura de seguridad del paciente y en una responsabilidad en la seguridad como preferencia que impregna toda la organización.

Según Pizzi, Goldfarb y Nash (2001) citados en Giménez (2013, p.19) señalaron que sus elementos más relevantes son:

La identificación de que las acciones de una entidad son de elevado peligro y proclive a las faltas.

Un ambiente libre de faltas en el cual las personas tengan la posibilidad de comunicar sucesos desfavorables sin que los repriman.

Una posibilidad de asistencia entre niveles profesionales y así lograr remediar las debilidades.

Una intención de la entidad para establecer capitales y solucionar los inconvenientes de seguridad.

Asimismo, se reconoció como un elemento preponderante de una cultura de seguridad del paciente adecuada en las entidades a la disposición de examinar, manifestar, retroalimentar y asimilar los sucesos desfavorables, lo cual se entiende como la suficiencia de “cerrar el bucle” o poseer un “circuito cerrado”. Según la investigación de Allen, Chiarella y Homer (2010, p. 10). En cambio, cuando la cultura de seguridad del paciente no se encontraba afianzada los profesionales no tenían la capacidad de “cerrar el ciclo”.

Papel de los trabajadores de los profesionales de enfermería en la cultura de seguridad Para López y Ortega (2001) citados en Mora (2014, p .25). Manifestaron que los trabajadores del área de enfermería componen el mayor conjunto de empleados en las diversas entidades de salud. Muchas de las reclamaciones y requerimientos que se producen implican a los técnicos de enfermería como resultado de sus labores de ayuda.

La progresiva intranquilidad de las entidades de salud por mejorar las prestaciones presenta el desafío, a los directores así como a los trabajadores

médicos, de avalar la eficacia asistencial, tomando medidas precio- seguras, competente.

La seguridad de los pacientes es una característica de la eficacia que deberán hacer frente los profesionales de las organizaciones, dentro de los cuales está también los enfermeros. La progresiva trascendencia de la seguridad del enfermo no es resultado solamente de la importancia que tiene en el bienestar de los pacientes, sino que asimismo a la baja de costos para las entidades de salud. Por esto, la intervención de profesionales con capacitación apropiada, como son los técnicos de enfermería, se hace necesaria y oportuna.

Según García (2008) citado en Mora (2014, p.19). Señaló que la investigación española Proyecto Séneca, la disminución de resultados desfavorables demanda un planteamiento institucional y multidisciplinario. Los técnicos de enfermería, según los diversos sucesos desfavorables eludibles (confusión en las medicinas, contusiones por coacción, inflamación, inexactitud en la información del enfermo, contaminaciones hospitalarias, etc.), ejercen un rol preponderante en los efectos en sanidad que se consiguen de la ayuda médica y por esto se encuentran comprometidos en la seguridad del enfermo.

Por lo tanto, no tener estrategias orientadas a la asistencia de los enfermeros en la previsión para la toma de un inconveniente existente de los procedimientos sanitarios, implicaría irremediablemente que éste aumente y produzca resultados fatidicos, para los procedimientos, así como para las entidades de salud.

El cuidado de las enfermeras es una prestación primordial en procedimientos curativos, ambulatorios, como de hospitalización en alguna entidad sanitaria. La relación del técnico de enfermería con los individuos que tienen atención en entidades sanitarias resulta continua. En estos casos, el área de enfermería lleva a cabo procesos enfocados a atender la salud del paciente y preocuparse por el mejoramiento de este, en el caso que la persona esté delicada de salud y consecutivamente en la recuperación, esto cuando quedan consecuencias negativas del padecimiento.

Para Mora (2014, p.18). Señalo que en el desarrollo de salud - enfermedad acontecen participaciones que muestran la preponderancia de la enfermería en los efectos sanitarios que se consiguen de la ayuda médica. Por esto resulta trascendente valorar los trabajos de los enfermeros enfocados a la seguridad del enfermo y la trascendencia de estos en su proceder, como una forma de trabajo del peligro en la salud y en su cuidado.

Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente:

El Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) citado en Turcios (2014, p.29) adaptó el Cuestionario AHRQ, en la que la variable tiene las siguientes dimensiones:

Dimensión 1: Resultados de la cultura de seguridad del paciente

Tiene dos indicadores con siete ítems:

La frecuencia de situaciones que poseen 3 preguntas que muestra observaciones de 3 maneras de errores que son nocivas: (a) Se comunican los errores que no dañan a los sujetos (b) Se detallan los errores que no dañan a los enfermos (c) Se comunican los errores que muestran dificultades que pueden ser dañinas al paciente.

Apreciación de seguridad, contiene cuatro preguntas, encaminados a calcular si existe o no la apreciación de laborar implicando la seguridad, reseñar dos de estas a razones específicas trabajo y efectividad de los procesos habidos para impedir faltas en la ayuda:

- a) Jamás se incrementa la cadencia de empleo si esto significa poner en riesgo la seguridad del enfermo; b) los procesos y recursos laborales son óptimos para impedir faltas en la ayuda; c) no se originan más errores por fortuna; y, d) en esta zona hay inconvenientes vinculados a la “seguridad del enfermo”.

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

Esta dimensión contiene ocho indicadores que hacen una totalidad de 27 puntos, que poseen, identidad propia y amerita el estudio:

Cuando se muestran perspectivas y actividades de orientaciones y supervisiones de las áreas que favorecen las seguridades, éstas tienen 4 preguntas:

El inspector expresa con optimismo cuando se tiene en cuenta las precauciones con el fin de advertir a los sujetos.

El supervisor recepciona las contribuciones que realizan los trabajadores con la finalidad de mejora de la seguridad.

En el incremento de presión del empleo el directivo desea que los trabajos se realicen más rápido.

El supervisor no realiza evaluación de los reclamos de los sujetos.

Aprendizaje organizacional/mejora constante, contiene tres conceptos sobre la conducta proactiva en función a la seguridad del paciente:

Hay acciones dirigidas a optimizar la seguridad del paciente.

Al momento de ubicar los errores en el servicio al enfermo se efectúan los recursos necesarios para que no vuelva a suceder.

Las variaciones que realizamos para optimizar la seguridad del enfermo se calculan con el fin de verificar su eficacia.

Trabajo en equipo en la unidad/servicio, contiene cuatro puntos que sin desempeñar los razonamientos requeridos para ser tomada como una capacidad del ambiente de seguridad puede conseguir porcentajes altos:

Los trabajadores se ayudan recíprocamente.

Al tener alta carga laboral, ayudamos todos como un conjunto y así lograr acabar.

En este equipo nos tenemos consideración.

Al estar uno de nosotros con sobrecarga laboral, hallará apoyo en sus colegas.

Sinceridad en la comunicación, contiene tres puntos:

Al observar el trabajador cualquier cosa que perjudique el cuidado del paciente, comunica esto de manera libre.

Los trabajadores están en la posibilidad de objetar libremente las determinaciones o gestiones de sus jefes.

Los trabajadores tienen temor a formular consultas de lo que para ellos se ejecutó de manera inadecuada.

Evaluación y notificación sobre faltas, incluye tres ítems:

Al informar cualquier suceso, nos comunican que acciones se produjeron.

Se nos comunica de las faltas que suceden en nuestro servicio/unidad.

En nuestro servicio/unidad lidiamos la forma de impedir que una falta suceda nuevamente.

Contestación no correctiva a las faltas, incluye tres ítems:

Cuando los compañeros o directivos se dan cuenta que perpetraste una falta , lo emplean en contra tuya.

Al descubrir cualquier falta, sin investigar la razón, investigan un “culpable”.

Al perpetrar una falta, los trabajadores tienen miedo que esto quedé marcado en su documentación.

Dotación de personal, contiene cuatro puntos que se aprecian como fragilidades o posibilidades de optimización oportunidades y de manera singular la que posee un porcentaje de contestaciones negativas mayor al 50%:

Existen bastantes trabajadores para llevar a cabo el exceso laboral.

En oportunidades no es posible se puede brindar el óptimo cuidado al enfermo debido a que el día de trabajo es extenuante.

En oportunidades no se brinda el óptimo cuidado al enfermo debido a la existencia de muchos pasantes o trabajadores transitorios.

Laboramos coaccionados para ejecutar muchas cosas con excesiva rapidez.

Ayuda de la administración de la clínica en la seguridad del enfermo, contiene tres ítems que podrían ser apreciados como terriblemente problema:

La administración de la institución ayuda a beneficiar un medio de trabajo que proporciona la seguridad del enfermo.

La gerencia de la clínica enseña con actos que la seguridad del enfermo debe ser primordial.

La administración del centro solamente aparenta importarle la seguridad del enfermo luego que ya sucedió un evento desfavorable con algún enfermo.

Dimensión 3: Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital:

Tiene dos indicadores con ocho preguntas:

El servicio en un grupo de servicios contiene 4 preguntas que se ven como un problema

La coordinación entre las entidades laborales unidad de empleo en grupo.

El servicio o unidad de empleo de forma coordinada.

Los servicios varios.

Inconvenientes en permutas de turno y cambios en los servicios/unidades, Considera cuatro puntos que pasan descuidados fundamentalmente difíciles, que no sobresalen por auxiliar de forma importante a una óptima cultura de seguridad:

En las modificaciones de turnos se pierden datos importantes con relación a las atenciones que han recibido los pacientes.

Cuando surgen dificultades en las atenciones de los pacientes producto de modificaciones de los turnos

1.4. Formulación del problema

1.4.1 Problema general:

¿Cuál es la Diferencia entre la cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un hospital público Callao 2018?

1.4.2 Problemas específicos:

Problemas específico 1

¿Cuál es la diferencia entre la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un hospital Público Callao 2018?

Problemas específico 2

¿Cuál es la diferencia entre la dimensión cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un hospital Público Callao 2018?

Problemas específico 3

¿Cuál es la diferencia entre la dimensión cultura de seguridad a nivel de todo el hospital en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un hospital Público Callao 2018?

1.5. Justificación del estudio

Los resultados me sirven para fomentar el desarrollo de habilidades gerenciales para crear condiciones, implementando o diseñando estrategias de motivación laboral, incentivando la compenetración de los profesionales y los usuarios gestionando la seguridad de quienes nos necesitan.

El aporte teórico del trabajo es utilizar como referencia para nuevos estudios en el campo de seguridad del paciente, incentivando los estudios sobre el tema, así como gerenciar los servicios de salud, por parte del enfermero, en hospitalización de un Hospital Público del Callao

1.5.1 Justificación metodológica

El presente estudio se hizo posible por la aplicación del instrumento de cultura de seguridad del paciente que ya estaba validado por la Agency for Healthcare Research and Quality–AHRQ pero fue adaptado al español por Juan J. Gascón Cánovas, Pedro J. Saturno Hernández y que servirá de ayuda para posteriores estudios.

1.5.2 Justificación legal

A nivel social, este trabajo de estudio favorecerá a los administradores de los centros de salud, enfermos, y en general a los que de una u otra manera hagan uso de las prestaciones de salud.

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

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

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

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

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

1.5.3 Justificación práctica

Las conclusiones conseguidas sirven de información a los directivos del centro de salud y todas las entidades de salud con el objetivo de incorporar mejoras en los puntos de vista y tácticas de servicios de salud que resulten relacionados con los nuevos modelos, con la investigación se verá beneficiada los centros sanitarios, los enfermos que se atienden en este hospital y todas las instituciones públicas o privadas que brinden atención de salud y sus familiares que recibirán una atención óptima atendiendo sus principales necesidades.

1.6. Hipótesis

Hipótesis General

Existen diferencias significativas en la cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

Hipótesis Específicas

Hipótesis Específica 1

Existen diferencias significativas en la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

Hipótesis Específica 2

Existen diferencias significativas en la dimensión cultura de seguridad a nivel de unidad/ servicio de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

Hipótesis Específica 3

Existen diferencias significativas en la dimensión cultura de seguridad a nivel de todo el Hospital en los servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

1.7. Objetivos

General

Comparar las diferencias de la cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público Callao 2018.

Específicos

Objetivo específico 1

Comparar las diferencias de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión resultados de la cultura de seguridad en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público Callao 2018

Objetivo específico 2

Comparar las diferencias de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio en los enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público Callao 2018

Objetivo específico 3

Comparar las diferencias de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión cultura de seguridad a nivel de todo el Hospital en los enfermeros de los servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018

II. Método

2.1. Diseño de investigación

Este estudio tiene enfoque cuantitativo, trabajó con un conjunto de procedimientos, se evaluaron las definiciones y se enmarcaron en teóricos. Los resultados usaron métodos estadísticos, que vienen de un grupo de resultados. (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 4).

Esta investigación tiene nivel descriptivo comparativo descriptivo porque se detallan los datos y particularidades de la población de acuerdo al estudio. Este nivel de estudio contesta a las interrogantes: quién, qué, dónde, cuándo y cómo. (Marroquín, 2012) y comparativo porque reside en la generalización empírica y la verificación de hipótesis. Los autores concuerdan en aseverar que entre las virtudes que presenta el método comparativo están el entender cosas desconocidas partiendo de las conocidas, la probabilidad de exponerlas y descifrarlas, manifestar nuevos estudios, resaltar lo característico de temas conocidos, organizar los datos diferenciando los fenómenos o casos equivalentes (Gómez y de León, 2014, p.229)

Según la finalidad es una investigación básica porque según Sánchez y Reyes (2015, p. 45) afirmaron que son estudios que intentan contestar a problemas de tipo sustancial, está dirigido a describir, indicar, augurar o decir las integridades, inscribe los inicios y justifica las definiciones científicas

Según la secuencia de las observaciones es transversal Hernández *et al.* (2014, p. 154) indicaron que es transversal, puesto “que la información se junta en un solo instante y espacio único teniendo como intención describir las variables en un solo momento”.

Según el tiempo de ocurrencia es prospectivo porque Según el tiempo de ocurrencia El inicio de la investigación es anterior a los hechos investigados. La información se recolecta a medida que se van sucediendo los hechos. (Behar, 2008, p.17).

Por el análisis y logro de sus resultados es observacional porque según J. Morphol., p.634, (2014). Estos estudios son diseños cuya meta es “la observación y registro” de sucesos sin intervención en el transcurso natural de ellos.

La actual investigación es de diseño no experimental, porque el investigador ve los eventos tal y como suceden, sin ser parte de su desarrollo habitual. (Behar, 2008, p.19).

2.2. Variable

Variable Cultura de seguridad del paciente

Definición conceptual:

Abandono de daño, real o potencial, asociado con los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud Inf. Tec. 2009. p. 15)

Definición operacional:

La Cultura de Seguridad del Paciente será medida con el cuestionario de la versión en español de la Agencia para la investigación y Calidad de Estados Unidos. Contiene 42 preguntas y las siguientes dimensiones: Resultados de la cultura de seguridad del paciente, Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital y tiene las categorías alta, media y baja.

Operacionalización de variable: Cultura de seguridad del paciente

Tabla 1.

Operacionalización de variable

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles y Rango
Resultados de la cultura de seguridad	1. Frecuencia de eventos notificados.	1- 22,		Alta (82-110) Media (52-81) Baja (22-51)
Cultura de seguridad a nivel de Unidad/Servicio	2. Percepción de seguridad 3. Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad 4. Aprendizaje organizacional. 5. Trabajo en equipo dentro de la unidad hospitalaria. 6. Apertura en la comunicación. 7. Trabajo en equipo entre unidades hospitalarias. 8. Cambios de turno y rotación en el hospital. 9. Asignación de personal. 10. Apoyo del hospital en la seguridad del paciente.	23 - 33	Nunca (1) Algunas veces (2) Indiferente(3) Con Frecuencia (4) Siempre(5)	Alta (41-55) Media (26-40) Baja(11-25)
Cultura de seguridad a nivel de todo el Hospital	11. Retroalimentación y comunicación acerca del error. 12. Respuesta de no castigo al error.	34 – 42		Alta (33-45) Media (21-32) Baja(9-20)

Fuente: El cuestionario de seguridad de los enfermeros Versión española de la encuesta Hospitalaria sobre la Seguridad del Paciente de la agencia de Investigación y Calidad de EE UU (Survey on Patient Safety Agency for Health Care Research and Quality - AHRQ) Pedro Pérez Fernández, Inmaculada Vicente López, Arantza González Vicente, José Martínez Mas y M^a del Mar Saura. 2004

2.3. Población y muestra

2.3.1 Población

Conformda por 509 enfermeros del Hospital Alberto Sabogal Sologuren del Callao.

2.3.2 Muestra

El Tamaño de la muestra es de 80 Licenciados en Enfermería de los cuales 40 Licenciados en Enfermería de cirugía y 40 Licenciados en Enfermería de medicina de un Hospital Público de Callao: De acuerdo a Hernández, et al. (2014) precisaron “es un conjunto minoritario del universo de individuos sobre del que recopilaremos información, y que tiene que especificarse o definirse con exactitud, es característico de la comunidad” (p. 173). Nuestra muestra es de 80 Licenciados en Enfermería de las áreas quirúrgicas y medicina general ejecutando un muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Ser profesional enfermero y que firmen el consentimiento informado,

Ser Profesional de Enfermería que realice labor asistencial.

Criterios de exclusión:

Profesional enfermero que se encuentre en su periodo vacacional

Profesional de Enfermería que se encuentre con descanso médico.

Profesional de enfermería que realice labores administrativas.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Validez y confiabilidad

En el presente estudio se empleó la técnica fue la encuesta, según la característica de análisis y el periodo de ejecución, el instrumento fue el cuestionario.

Encuesta

Es un método para recolectar datos a través del uso de preguntas a una cierta cantidad de personas. Mediante este método tenemos la posibilidad de percibir criterios, cualidades de los pobladores. Con esta técnica podemos hacer un cuestionario de una o diversas materias a un determinado grupo específico de individuos de acuerdo a una sucesión de pautas de investigación que logran que en su totalidad, sea un grupo característico de la localidad que proviene. (Povea, 2015)

El instrumento de recolección de datos

El Cuestionario : El instrumento más usado en la recopilación de información. Es un grupo de interrogantes en relación a una o diversas variables de medición. Tiene que ser adecuada con el diseño del inconveniente o teoría. El cuestionario es un grupo de interrogantes diversas, hechas sistemáticamente, en función a las circunstancias que importan en un estudio, el cual posibilita ser utilizado de diversas maneras, enfatizan su gestión a conjuntos o individualmente. (Hernandez,2017. p.217)

Tabla 2.

Ficha técnica del instrumento de medición de la variable Cultura de Seguridad del Paciente

Nombre del Instrumento	cuestionario para medir la seguridad de los enfermeros Versión en español
Autor/es:	Pedro Pérez Fernández, Inmaculada Vicente López, Arantza González Vicente, José Martínez Mas y M ^a del Mar Saura. 2004
Objetivo del instrumento:	Determinar el nivel de cultura de seguridad
Población a la que se puede administrar:	Licenciados de Enfermería
Forma de Administración:	Individual
Tiempo de Aplicación:	15 Minutos
Descripción del Instrumento:	Dimensiones: 1.- Resultados de la cultura de seguridad 2.- Cultura de seguridad a nivel de Unidad / Servicio 3.- Cultura de seguridad a nivel de toda la clínica
	Indicadores: 1. Frecuencia de eventos notificados. 2. Percepción de seguridad. 3. Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad 4. Aprendizaje organizacional. 5. Trabajo en equipo dentro de la unidad hospitalaria. 6. Apertura en la comunicación. 7. Trabajo en equipo entre unidades hospitalarias. 8. Cambios de turno y rotación en el hospital. 9. Asignación de personal. 10. Apoyo del hospital en la seguridad del paciente 11. Retroalimentación y comunicación acerca del error. 12. Respuesta de no castigo al error.
	Ítems: D1.- 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19, 20,21,22 D2.- 23,24,25,26,27, 28,29,30,31,32, 33 D3.- 34, 35, 36, 37,38, 39, 40, 41,42.
	Escala de respuesta: Nunca (1), Algunas veces(2),Indiferente(3) Con frecuencia(4),Siempre(5)
	Baremo:

<u>Quantitativo</u>		<u>Cualitativo</u>		
General	D1	D2	D3	
154-210	82-110	41-55	33-45	Alto
153-99	52-81	26-40	21-32	Medio
98-42	22-51	11-25	9-22	Bajo

Muestra de tipificación	Juicio de expertos: El instrumento fue sometido a criterio de un grupo de jueces expertos, integrado por 4 especialistas, quienes estuvieron de acuerdo que el instrumento de investigación era aplicable.
validez de contenido:	Aplicable
Confiabilidad:	Valor de alfa de cronbach obtenido 0,937 Valor del alfa de cronbach en el piloto 0,908

Fuente: Versión española de la encuesta Hospitalaria sobre la Seguridad del Paciente de la agencia de Investigación y Calidad de EE UU (Survey on Patient Safety Agency for Health Care Research and Quality - AHRQ) (2014)

Validez y confiabilidad del instrumento

Para validar el instrumento empleamos el juicio de expertos.

El instrumento de medición de la cultura de seguridad se encomendó a juicio de expertos, conformado por 04 conocedores, los que aprobaron que el instrumento de estudio era ejecutable.

Para la confiabilidad del instrumento, utilizamos un ensayo piloto a 30 enfermeros de un hospital Público del Callao. El valor del alfa de Cronbach para el primer instrumento fue de 0,908, esto significa que el instrumento es confiable. (George y Mallery 2003, p. 231).

2.5. Métodos de análisis de datos

Empleamos el programa estadístico SPSS Versión 23.0. La información conseguida se mostraron en cuadros y esquemas. En la comparación de hipótesis usamos la prueba estadística U de Mann Whitney con un 95% de confianza.

2.6. Aspectos éticos

La actual investigación se administró según los elementos de bioética, justicia, beneficencia, autonomía, no maleficencia, confidencialidad e integridad, adaptada a las ciencias biológicas contenido en el estudio de epidemiológica y de salud.

Principio de respeto a los individuos. Respeto, proviene del latín respicere, observar con cuidado, reflexionar. El respeto por el individuo sometido a estudio, comprende de forma general sus contextos socioculturales, financieros, racial, medio ambiente, etc. El respeto admite cuidado y evaluación del grado de cualidades de otra persona, incluidas sus desconfianzas, esperanzas y planes en su existencia.

Principio de Beneficencia, proviene del latín bene-facere = hacer el bien. Esto se refiere a la obligación moral de lograr el bienestar en los individuos que colaboran con el estudio, esto con la finalidad de conseguir el mejor provecho y aminorar los potenciales peligros, perjuicios o contusiones. Esto significa, que los peligros resulten moderados versus los provechos pronosticados, que el proyecto cuente con valor científico y que los estudiosos sean completamente capacitados para llevar a cabo la investigación y generen el bien de los individuos.

La autonomía: proviene del griego autos: así mismo, y nomos: ley, gobierno. Autonomía es la posibilidad de auto administrarse. Sosteniéndose en la teoría filosófica que supone a las personas con la capacidad de administrarse a si mismos, tener la aptitud de orientar su existencia. Según el estudio clínico, la autonomía es el talento congénito de ser un individuo razonable. Lo tenemos, conseguimos perfeccionar y asimismo abandonarla. En esta coyuntura, nuestro privilegio a la autonomía es posible que se desplace con la finalidad de disposiciones de un sucesor ético y legítimamente permitido.

No-maleficencia la obligación moral primordial de no-causar-daño según los procesos de estudio, corresponde a no causarle daño a ningún animal y por lo tanto al medio ambiente; resultando inherente a los mandatos legales, debido a que estas obligaciones resguardan a la totalidad de los seres vivientes de manera igualitaria, también con autonomía de la intención de los participantes,

considerándose a las personas. Por lo tanto, es posible conminar su ejecución de manera obligatoria. Teniendo en cuenta estas dos obligaciones, seres humanos y animales ameritan considerarse ética y legalmente: seres vivos, susceptible, con requerimientos indispensables y padecen dolor.

Principio de justicia Se refiere a la justicia ecológica, lo que significa una directa vinculación con el medio ambiente, uso equilibrado de sus medios, respaldo de importancia de su existencia, conducta adecuada a los preceptos regulares. Considerado como un riesgo para la moral en el estudio de animales perturbando el fundamento legal, se relaciona con el tipo social de hoy autoritario. La persona se demuestra un ser viviente superior a los otros seres vivos. El progreso en la ciencia y tecnología han conseguido elementos de supremacía universal, asimismo en la devastación de sus fortunas, limitadas a bienes de la naturaleza, no teniendo consideración alguna por la existencia de los seres vivos y el medio ambiente. (Osorio, 2000, p.244).

III. Resultados

3.1. Resultados descriptivos de la variable Cultura de seguridad del paciente de los Licenciados en enfermería de cirugía presenta 3 dimensiones.

Tabla 3.

Distribución de los niveles en la dimensión cultura de seguridad del paciente de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018.

	Frecuencia	Porcentaje
Válido		
Bajo	1	2,5
Medio	10	25,0
Alto	29	72,5
Total	40	100,0

Fuente: Base de datos

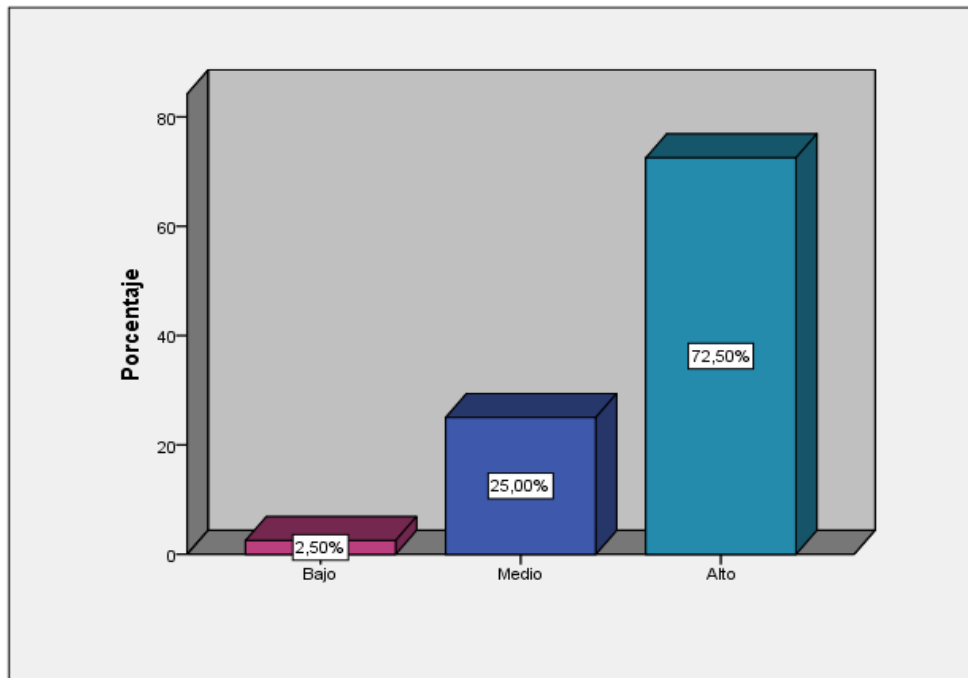


Figura 1. Frecuencia de los niveles de la cultura de seguridad del paciente en los Licenciados en Enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018.

En la tabla 3 y figura 1 se evidencia la relación de la cultura de seguridad del Paciente en los Licenciados en enfermería de cirugía, el 2,50% que tiene un nivel Bajo, el 25,00%, nivel Medio y el 72,50% un nivel Alto en el Hospital de estudio

Tabla 4.

Distribución de los niveles de la dimensión a nivel de unidad / servicio de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	2	5,0	5,0
	Medio	7	17,5	22,5
	Alto	31	77,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0

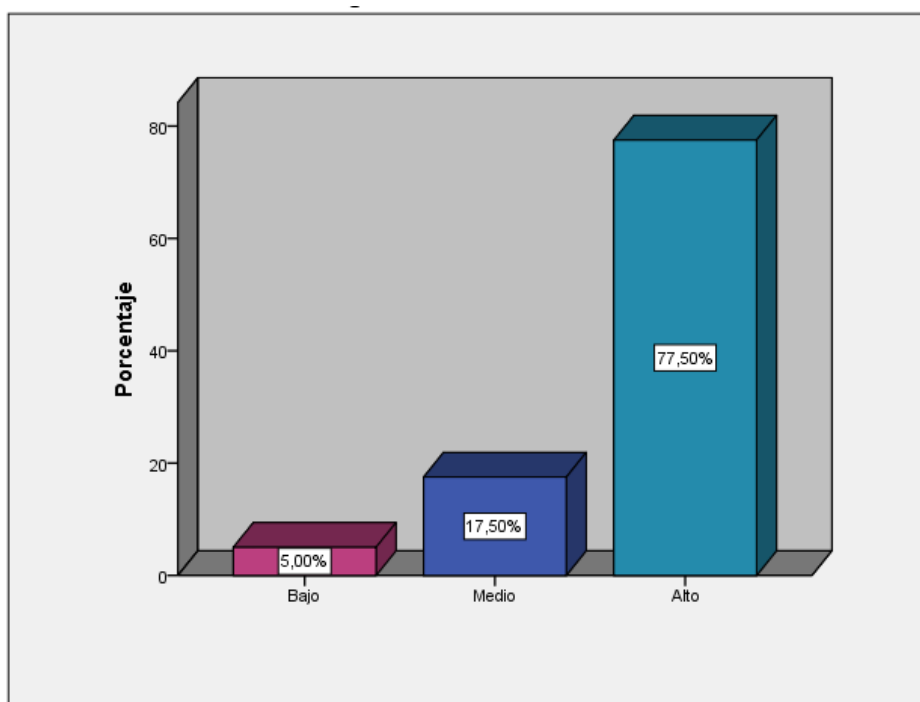


Figura 2. Frecuencia en la dimensión Cultura de seguridad del paciente a nivel de unidad / servicio de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018.

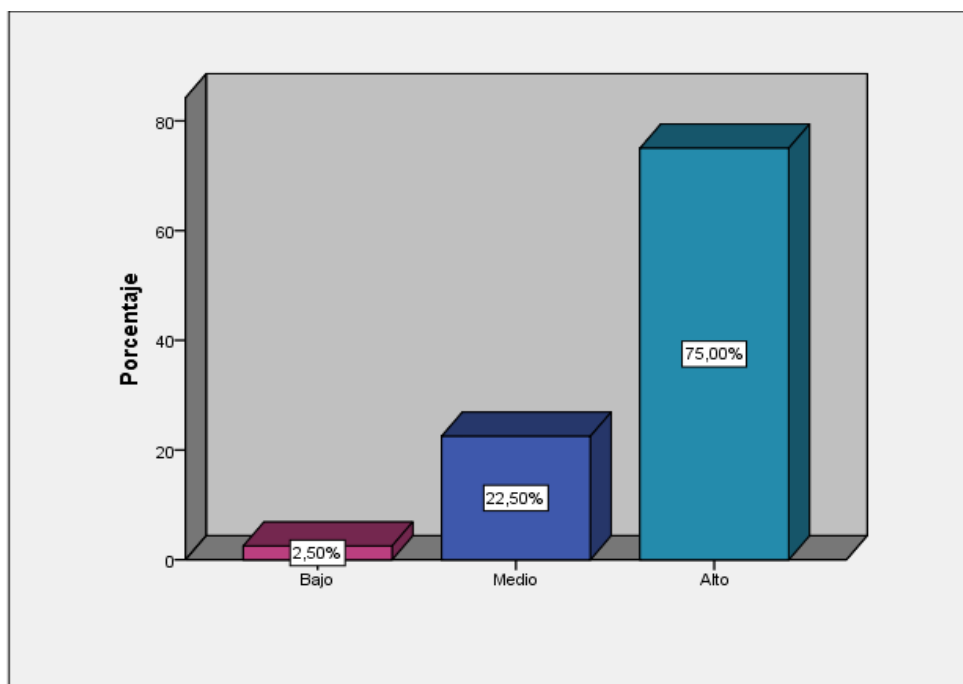
En la tabla 4 y figura 2 se observa que, en la dimensión Cultura de seguridad del paciente en cirugía, el 5,00% está en un nivel Bajo, el 17,50%, en un nivel Medio y el 77,50% en nivel Alto de un Hospital Público Callao.

Tabla 5.

Distribución de los niveles de la dimensión a nivel de todo el hospital de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	1	2,5	2,5
	Medio	9	22,5	25,0
	Alto	30	75,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0

Fuente: Base de Datos



Fuente: Base de Datos

Figura 3. Frecuencia Cultura de seguridad del paciente a nivel de todo el hospital de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018

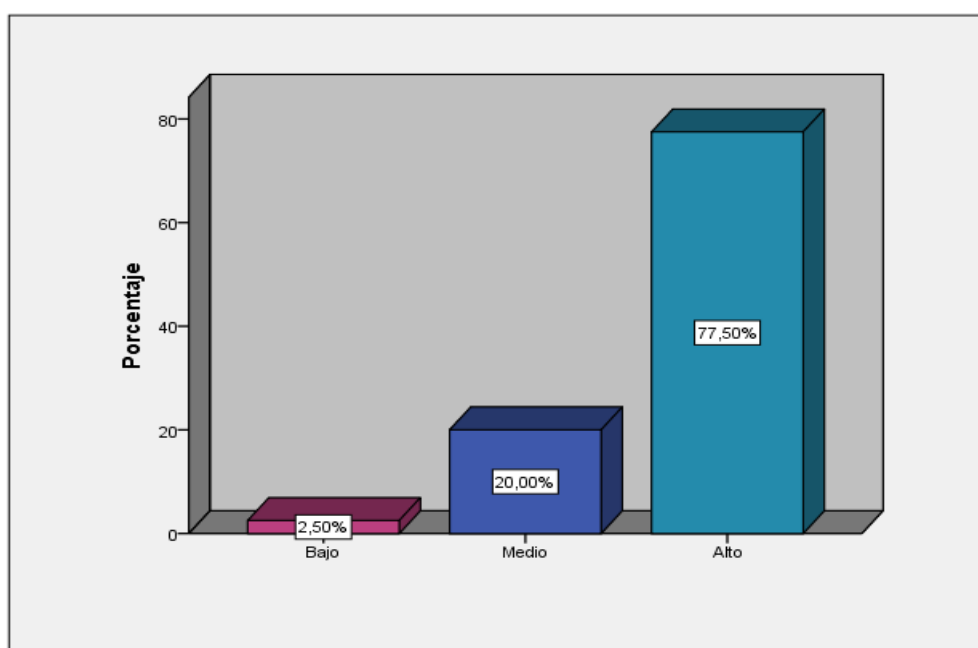
En la tabla 5 y figura 3 observamos, que la Cultura de seguridad del paciente en todo el hospital de los Licenciados en Enfermería de cirugía, el 2,50% posee un nivel Bajo, el 22,50% nivel Medio y el 75,00% nivel Alto de un Hospital Público Callao 2018.

Tabla 6.

Distribución de la Cultura de seguridad del paciente de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un paciente del Hospital Público Callao 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	1	2,5	2,5
	Medio	8	20,0	22,5
	Alto	31	77,5	100,0
	Total	40	100,0	100,0

Fuente: Base de datos



Fuente: Base de datos

Figura 4. Frecuencia Cultura de seguridad del paciente de los Licenciados en enfermería de cirugía, de un Hospital Público Callao 2018

En la tabla 6 y figura 4 se evidencia que, que la Cultura de seguridad del paciente de los Licenciados en enfermería de cirugía, el 2,50% está en un nivel Bajo, el 20,00% nivel Medio y el 77,50% nivel Alto de un Hospital Público Callao 2018.

Resultados descriptivos de la variable Cultura de seguridad del paciente de los Licenciados en enfermería del servicio de medicina presenta 3 dimensiones.

Tabla 7.

Distribución en los niveles de la Dimensión Resultados de la cultura de seguridad del paciente de los Licenciados en Enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	19	47,5
	Medio	21	52,5
	Alto	0	0
	Total	40	100,0

Fuente: Base de Datos



Figura 5. Frecuencia de la cultura de seguridad del Paciente de los Licenciados en Enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018

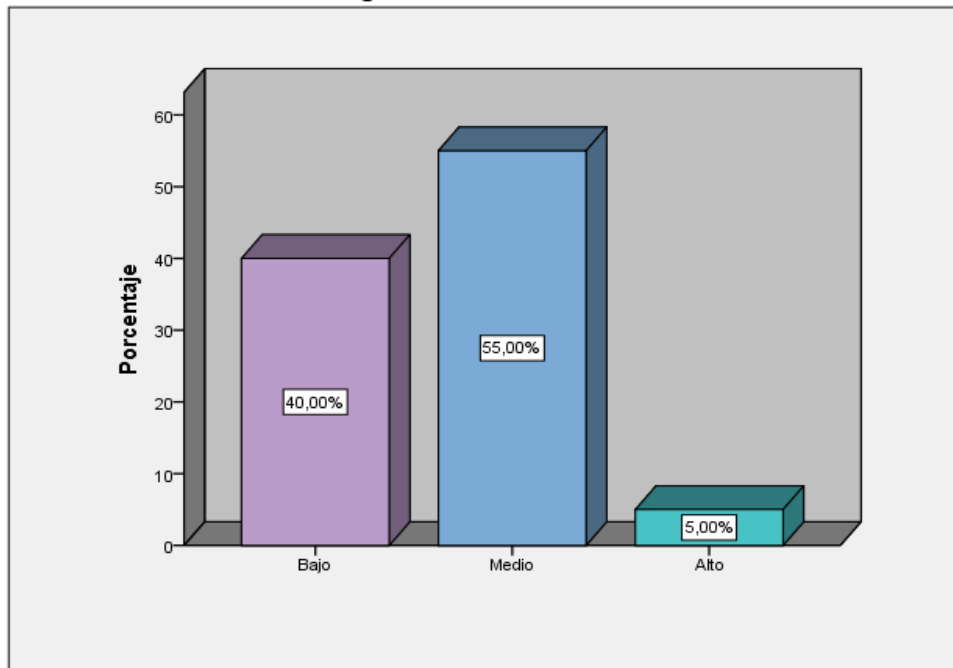
En la tabla 6 y figura 5 en la Dimensión cultura de seguridad del paciente *de los Licenciados en Enfermería de medicina*, el 47,50% posee un nivel Bajo y el 52,50% en el nivel Medio del Hospital Público Callao 2018

Tabla 8.

Distribución en los niveles de la dimensión Cultura de Seguridad

	Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	16
	Medio	22
	Alto	2
	Total	40
		40,0
		55,0
		5,0
		100,0

Fuente: Base de datos



Fuente: Base de Datos

Figura 6. Frecuencia en la dimensión Cultura de Seguridad del Paciente de los Licenciados en enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018

En la tabla 8 y *figura 6* se puede ver, que la Cultura de seguridad a nivel de unidad / servicio *de los Licenciados de enfermería de medicina*, el 40,00% en un nivel Bajo el 55,00% nivel Medio y el 5,00% nivel Alto del Hospital Público Callao 2018.

Tabla 9.

Distribución de la Dimensión Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital de los Licenciados en Enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	15	37,5	37,5
	Medio	23	57,5	95,0
	Alto	2	5,0	100,0
	Total	40	100,0	100,0

Fuente: Base de datos

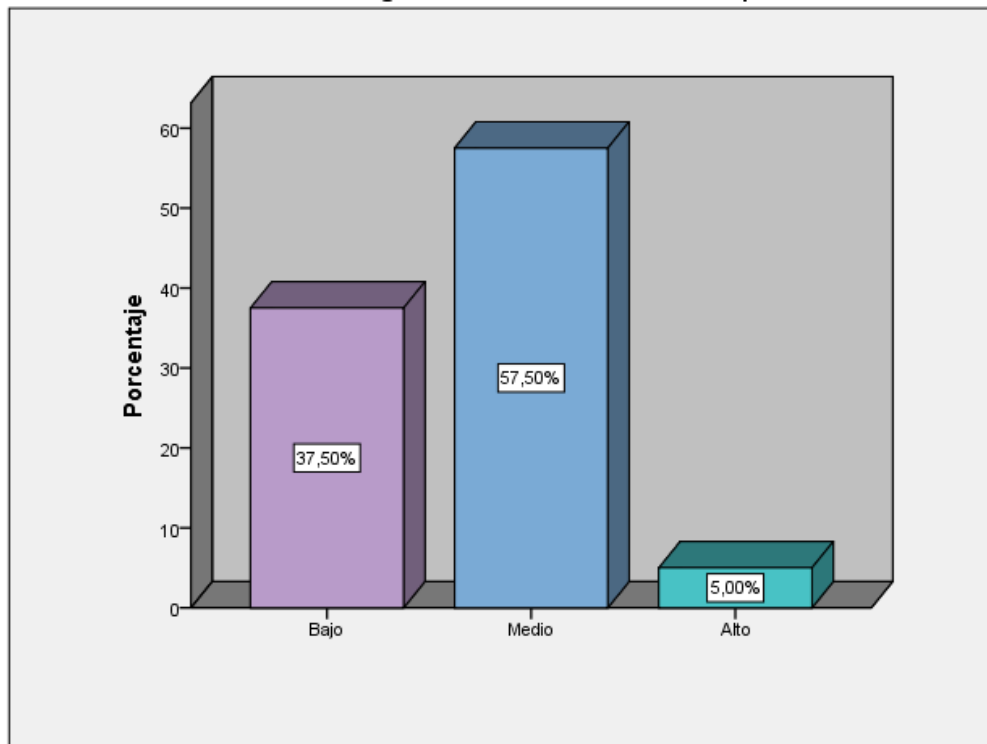


Figura 7. Frecuencia en la Dimensión Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital de los Licenciados en Enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018

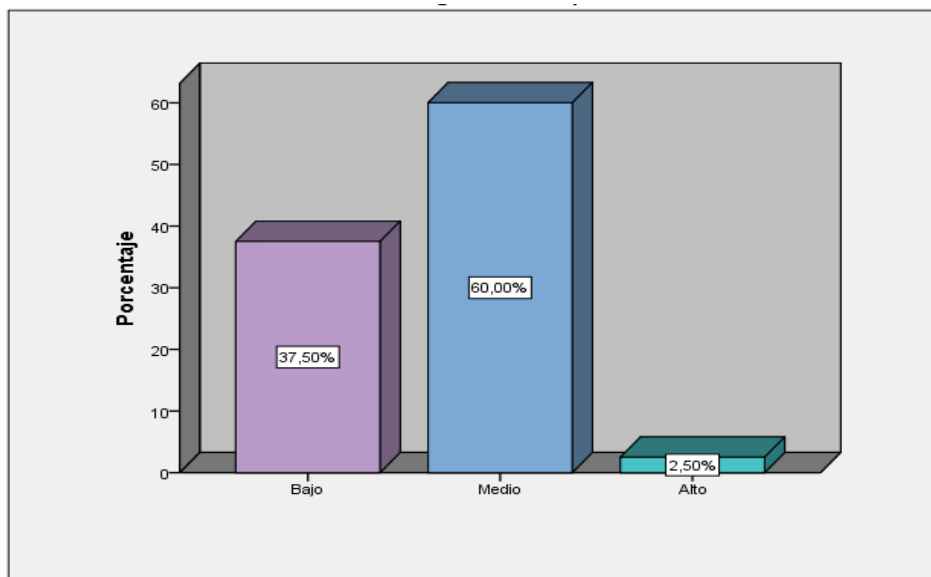
En la tabla 9 y figura 7 tenemos, que la Dimensión Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital *de los Licenciados en Enfermería de medicina*, el 37,50% nivel Bajo el 57,50% tiene nivel Medio y el 5,00% nivel Alto de un Hospital Público Callao 2018

Tabla 10.

Distribución de los niveles de la Cultura de seguridad del paciente de los Licenciados de enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018.

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Bajo	15	37,5
	Medio	24	60,0
	Alto	1	2,5
	Total	40	100,0

Fuente: Base de datos



Fuente: Base de datos

Figura 8. Frecuencia en la Dimensión Cultura de seguridad del paciente de los Licenciados en enfermería de medicina, de un Hospital Público Callao 2018

En la tabla 10 y figura 8 en la Dimensión Cultura de seguridad del paciente *de los Licenciados en Enfermería de medicina*, el 37,50% nivel Bajo el 60,00% nivel Medio y el 2,50% nivel Alto de un Hospital Público Callao 2018

3.2. Resultados Inferenciales

Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

H₀: No existen diferencias significativas en los Resultados Cultura de Seguridad del Paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

H_a: Si existen diferencias significativas en los Resultados Cultura de Seguridad del Paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

Tabla 11.

Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de Cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018

	Lic. en Enfermería de cirugía (n=40)	Lic. en Enfermería de medicina (n=40)	Test U de Mann- Whitney
Rango promedio	56,70	24,30	U= 152,00 Z = 6,708
Suma de rangos	2268,00	972,00	p = .000

Fuente: Base de Datos

En la tabla 11, contrastan la hipótesis general: hay diferencias significativas en el nivel de Cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018; Donde p _valor de la probabilidad relacionada al estadístico de prueba es $p=.000 < .05$ que indica diferencias significativas como valor tan extremo como el estadístico , $p = 0.000$ ($p < 0.05$), rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, los Enfermeros de los Servicios de Cirugía, consiguieron puntajes, de Cultura de seguridad (Promedio = 56,70) a diferencia de los encuestados de los Enfermeros de Medicina, consiguieron resultados en los puntajes de Cultura de seguridad del paciente con un

(Promedio = 24,30). Afirmamos que hay diferencias significativas en la percepción de la Cultura de seguridad del paciente; siendo mayores la Cultura de seguridad del paciente en el personal de Enfermeros de los Servicios de Cirugía.

3.2.2. Cultura de Seguridad en Servicio de Cirugía y Servicio de Medicina

Hipótesis específica 1

H₀: No existen diferencias significativas en los Resultados de la cultura de seguridad del Paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

H_a: Si existen diferencias significativas en los Resultados de la cultura de seguridad de los Pacientes en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

Tabla 12.

Contrastación de hipótesis de comparación de Resultados de la cultura de seguridad del Paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018

	Lic. en enfermería de cirugía (n=40)	Lic. de enfermería de medicina (n=40)	Test U de Mann- Whitney
Rangos			
Rango promedio	57,11	23,89	U= 135,00 Z = 6,821
Suma de rangos	2284,00	955,50	p = .000

Fuente: Base de Datos

En la tabla 12, contrastan la hipótesis específica 1: hay diferencias significativas entre el nivel de Resultados de la cultura de seguridad del Paciente; el puntaje de ρ _value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba $p=.000 <.05$ e indica diferencias significativas; por ello, $\rho = 0.000$ ($\rho < 0.05$), se rechaza la hipótesis nula. Así mismo, los Resultados de la cultura de seguridad con un (Promedio = 57,11) a diferencia de los encuestados de los Enfermeros de Medicina,

(Promedio = 23,89). Por tanto, afirmamos que hay diferencias significativas en la percepción de los Resultados de la cultura de seguridad; siendo mayores los Resultados de la cultura de seguridad del Paciente en el personal de Enfermeros del Servicio de Cirugía.

3.2.3. Cultura de Seguridad a nivel unidad/Servicio de los Enfermeros en el servicio de Cirugia y Servicio de Medicina

Hipótesis específica 2

H₀: No existen diferencias significativas en la Cultura de seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

H_a: Si existen diferencias significativas en la Cultura de seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

Tabla 13.

Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de Cultura de seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018

	Lic. en enfermería de Cirugía (n=40)	Lic. en enfermería de Medicina (n=40)	Test U de Mann- Whitney
Rango promedio	55,85	25,15	U= 186,00 Z = 6,331
Suma de rangos	2234,00	1006,00	p = .000

Fuente: Base de Datos

En la tabla 13, se contrastan la hipótesis específica 2: hay diferencias significativas entre el nivel de Cultura de seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina; el p_value de la probabilidad relacionada al estadístico de prueba es $p=.000 < .05$ señala

diferencias significativas como se determina en la posibilidad de conseguir un valor $p = 0.000$ ($p < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Además, los entrevistados Enfermeros del Servicio de Cirugía, tuvieron puntajes, de Cultura de seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio con un (Promedio = 55,85) a diferencia de los encuestados Enfermeros de Medicina, obtuvieron un (Promedio = 25,15). De acuerdo a ello afirmamos que hay diferencias significativas en la percepción de la Cultura de seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio en los Enfermeros; siendo mayores los niveles de la Cultura de seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio en los Enfermeros del Servicio de Cirugía.

3.2.4. Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital en los Enfermeros en el Servicio de Cirugía y Servicio de Medicina

Hipótesis específica 3

H₀: No existen diferencias significativas en la Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

H_a: Si existen diferencias significativas en la Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

Tabla 14.

Contrastación de hipótesis de comparación del nivel de Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018

	Lic. en enfermería de cirugía (n=40)	Lic. de enfermería de medicina (n=40)	Test U de Mann- Whitney
Rangos			
Rango promedio	55,90	25,10	U= 184,00 Z = 6,376
Suma de rangos	2236,00	1004,00	p = .000

Fuente: Base de datos

En la tabla 14, tenemos los resultados de la hipótesis específica 3: Existe diferencias significativas entre el nivel de Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital; el puntaje del p -value de la probabilidad relacionada al estadístico de prueba calculado es $p=0.000 < .05$ e indica diferencias significativas así que, $p = 0.000$ ($p < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Es más, los entrevistados Enfermeros del Servicio de Cirugía, obtuvieron puntuaciones, con un (Promedio = 55,90) a diferencia de los encuestados a nivel de todo el hospital con un (Promedio = 25,10). Así que, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital siendo mayores los niveles de la Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital en los Enfermeros del Servicio de Cirugía.

IV. Discusión

La actual investigación se trata del nivel de cultura de seguridad del Paciente en el personal de Enfermería de un hospital público callao, 2018. La OMS define La seguridad del paciente primordial en el cuidado de la salud. Existe siempre un nivel de riesgo innato en los diferentes momentos de los procedimientos del cuidado de los pacientes.

En cuanto a la hipótesis general los datos conseguidos en este estudio indican que el Valor de $p < .05$, donde aseveramos que hay diferencias significativas entre cultura de seguridad del paciente en el personal de Enfermería en el servicio de Cirugía se encontró que el 2,50% muestra un grado menor, el 20,00% muestra un grado Medio y el 77,50% muestra un grado mayor estos resultados se dieron debido a que en el servicio el personal se encuentra casi completo cubriendo la totalidad de turnos disminuyendo la carga laboral con el compromiso de los mismos profesionales cubren los vacíos con horas extras modificación de horarios poco movimiento de profesionales por ende mayor conocimiento de la gestión en seguridad de paciente , comunicación continua con los jefes de servicio red de comunicación interna para las coordinaciones entre profesionales y servicios ,el mobiliario e infraestructura hospitalaria se encuentra en constante mantenimiento mientras que en el servicio de Medicina se obtuvo que el 37,50% muestra un grado menor el 60,00% muestra un grado Medio y el 2,50% nivel mayor del Hospital Público Callao 2018. Esto debido a la falta de profesionales de la salud por consiguiente sobrecarga laboral, falta de compromiso con el servicio y por ende a la institución que nos alberga miedo a que la jefatura tome represalias por los errores del personal. Por consiguiente, existe una pérdida de información déficit en la retroalimentación sobre los sucesos en los servicios ingreso de profesionales nuevos cambios de jefaturas. coincidiendo con la investigación de Llagas, R. (2017) en su estudio acerca de Cultura de protección del enfermo arribando a los siguientes resultados de los 35 participantes, el 2.9% nivel bajo, el 20% nivel medio y el 77.1% nivel alto. Por el contrario, los resultados de cultura de protección del enfermo 35 entrevistados 48.6% se le observo un grado menor y el 51.4% un grado medio. Estos resultados tienen coincidencias con los resultados de nuestro estudio. debido a la comunicación empática con los jefes del servicio, los profesionales

con mayor experiencia tienen una mejor disposición ante las medidas preventivas de gestión de seguridad la comunicación con los jefes y pares más fluidas donde se puede expresar los sentimientos, dudas, interrogantes la dotación de personal y por el contrario también encontramos que los profesionales con mayor carga laboral con menor tiempo en el servicio no se adaptan aun al ritmo de trabajo los formatos y formas de comunicar los eventos adversos poca comunicación con los pares y jefes, miedo a represalias al informar eventos adversos.

En relación a la hipótesis específica 1, los datos hallados sobre la cultura de protección de los Licenciados en enfermería quirúrgica, el 2,50% muestra un grado menor, el 25,00% nivel Medio y el 72,50% nivel alto, estos resultados reflejan el trabajo continuo por parte de la jefatura y los enfermeros del servicio manteniendo buena comunicación entre pares y con los jefes existiendo un buen proceso en los cambios de turno colaboración mutua enfocados a optimizar los cuidados del enfermo disminuyendo el riesgo para los pacientes. En cuanto a los Resultados de la cultura de protección de los Licenciados de enfermería de medicina, el 47,50% muestra un grado menor y el 52,50% nivel Medio. Estos resultados se encuentran reflejados por el aumento de la carga laboral debido al déficit de profesionales el ingreso de nuevos profesionales de la salud desconocimiento de las normas de seguridad del paciente. Por lo tanto podemos determinar la existencia que de diferencias significativas entre resultados de la cultura de seguridad del paciente, concordando con el estudio de Giraldo y Montoya (2013) en su estudio antes mencionado. Donde los resultados indicaron que el 31.5%(34/108) presentó un grado menor, el 63%(68/108) indicaron que presentan “un grado medio y el 5.6%(6/108) encuentra un nivel alto llegando a la conclusión que la información encontrada muestra que la cultura de seguridad es un proceso que tiene que ver con transformaciones en las definiciones y teorías, que es necesario una mejora en la praxis de los trabajadores de salud, como la definición de jerarquización, la contestación punible al error, la comunicación, las relaciones en las diferentes zonas de empleo, el proceso en las modificaciones en los turnos, el liderazgo y compromiso de los directivos, entre otros, que permitan mejorar la cultura del informe de sucesos adversos y comprender la seguridad como un asunto de responsabilidad compartida. Coincidiendo con los resultados

de nuestra investigación donde el liderazgo en salud es muy importante para saber orientar a los profesionales hacia una cultura de seguridad donde los profesionales de la salud estemos involucrados permitiendo el empoderamiento del profesional conociendo las conveniencias de reportar eventos adversos para a partir de estos tomar medidas correctivas tanto funcionales como administrativas.

En la segunda hipótesis específica de la Cultura de seguridad a nivel de unidad / servicio *de los Licenciados en enfermería de cirugía*, el 5,00% presenta un nivel Bajo, el 17,50% presenta un nivel Medio y el 77,50% presenta un nivel Alto estos resultados se dan debido a la interrelación de los directivos las jefaturas y el profesional de la salud ,un adecuado manejo de los cambios de turno permite la transmisión clara de la información de los pacientes constancia en los procesos de mejora en función de la cultura de seguridad del paciente una adecuada comunicación entre los servicios . En cuanto a *los Licenciados de enfermería de medicina*, el 40,00% presenta un nivel Bajo el 55,00% presenta un nivel Medio y el 5,00% nivel Alto. Esto debido a la poca interrelación entre directivos, jefes y profesionales de la salud sintiéndose un alejamiento de estos, en proceso de mejora de los procedimientos y formas de comunicar errores, estos resultados concuerdan con Los de Llagas, R. (2017) en la primera variable se observó que de los 35 entrevistados el 5.7% estuvo nivel bajo, el 17.1% un nivel medio y el 77.1% indicaron nivel alto en la segunda y se pudo determinar que de los 35 encuestados, el 40% nivel bajo, el 54.3% nivel medio y el 5.7% nivel alto evidenciando que el personal ineficiente genera carga laboral con mayor tiempo de trabajo la actitud que percibe de la jefatura está influenciada también por la carga laboral de una institución de salud grande con deficientes protocolos de seguridad el personal está preocupado por las medidas que tome los directivos en relación a la seguridad del paciente afectando el ambiente laboral, actividades de afianzamiento de la cultura de seguridad no son prioritarios para los directivos debiendo realizar reuniones de trabajo sobre el tema buscando generar una cultura de seguridad del paciente ya que este es fin de los centros de salud

Lo que nos hace reflexionar con respecto a la dotación de personal, y la carga laboral en los servicios el número de pacientes con los que trabaja un

enfermero en áreas de medicina comparado con el que trabaja en cirugía, el tiempo de servicio de los encuestados el ingreso de nuevos enfermeros a los servicios y el acondicionamiento al trabajo en los servicios para formar un equipo de trabajo homogéneo.

En la tercera hipótesis específica encontramos, respecto a Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital de los Licenciados el 2,50% tiene nivel Bajo, el 22,50% nivel Medio y el 75,00% nivel Alto, observándose un avance en la cultura de seguridad informando oportunamente los eventos adversos comunicación fluida con los jefes de servicio se nos comunica de las mejoras.

Referente a los Licenciados de Enfermería de Medicina el 37,50% nivel Bajo el 57,50% nivel Medio y el 5,00% nivel Alto donde podemos inferir que el profesional no está concientizado de las formas para comunicar los eventos adversos y las consecuencias para la institución el profesional y el paciente, no existe una cultura de seguimiento de los Eventos Adversos, estos datos encontrados corroboran con los de Saravia, R. (2017) los trabajadores indicaron que el 38%(41/108) presentó un nivel bajo, el 54.6%(59/108) indicaron que presentan un nivel medio y el 7.4%(8/108) representa un nivel alto de Cultura de seguridad mostrando fortalezas como la conducta organizacional los programas de mejoras permanentes el involucramiento de los gerentes en la seguridad del paciente aprovechamiento de oportunidades como la cultura no punitiva la comunicación y retroalimentación el personal sentía que era juzgado al reportar eventos adversos.

Por lo consiguiente se pudo observar que el personal de Enfermería es consciente de los Eventos Adversos pero todavía existe un gran vacío en lo concerniente a la notificación de los eventos adversos u notificación incompleta por lo que es difícil llevar una estadística real de los Eventos Adversos esto debido a la falta de conciencia, compromiso con el trabajo enfermero, desconocimiento de las bases que se pueden sentar con una adecuada notificación de los Eventos Adversos con la finalidad de establecer metas reales e implementar un programa de mejora continua.

Para la realización del estudio se encontraron limitaciones como la falta de interés por parte de los colegas para participar, Información sesgada de eventos adversos y el miedo de expresar sus opiniones.

V. Conclusiones

- Primera: Los resultados conseguidos de la hipótesis general, nos ayudan a afirmar que, existe diferencias significativas entre la Cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.
- Segunda: Según la hipótesis específica 1, afirmamos que existe diferencias significativas entre la cultura de seguridad en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.
- Tercera: De acuerdo a la hipótesis específica 2, hay diferencias significativas entre la Cultura de seguridad a nivel de unidad / servicio en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.
- Cuarta: Según la hipótesis específica 3, existe diferencias significativas entre la Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

VI. Recomendaciones

- Primera: Se sugiere a los gestores del Hospital programar y realizar capacitaciones acerca de estrategias para la gestión de calidad de atención y seguridad al paciente. Observando las necesidades profesionales y materiales
- Segunda: A los jefes de servicio implementar e incentivar medidas métodos y formas de comunicar eventos adversos con la finalidad de poder hacer una data veraz de los más comunes.
- Tercera: A los diferentes directivos de las áreas fomentar el trabajo en equipo y la comunicación abierta entre enfermeros, enfermos y familiares.
- Cuarta: A los jefes de servicio incentivar la responsabilidad compartida y la comunicación continua entre las diferentes unidades y servicios, implementando estrategias de colaboración y cooperación tratando de generar trabajo en equipo entre todas las áreas.
- Quinta: A los profesionales de la salud ser líderes de sus unidades y servicios generando cambios en la gestión de la cultura de seguridad.

VII. Referencias

- Atauje, H. (2017). *Prevencion de Eventos Adversos en Enfermeras del Servicio de Hospitalizacion de una Institucion Prvada de Salud*. Recuperado el 4 de Octubre de 2018, de **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.** /bitstream /handle/ UPEU/ 973/ hirocho _bachiller_2018.pdf:
- De Arco-Canoles, O.-C. Z. (2018). *Rol de los profesionales de Enfermería en el sistema de salud Colombiano*. Univ. Salud. Bogota, Colombia.
- Garcia, T. (2003). *El Cuestionario como Instrumento de Investigacion/Evaluacion*. Recuperado el 03 de Octubre de 2018, de http://www.univsantana.com/sociologia /El_Cuestionario.pdf:
- Giraldo, P. (2013). http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio /bitstream /10946/2009/2/Evaluacion_ Cultura_ Seguridad .pdf. Recuperado el 13 de Octubre de 2018, de Microsoft Word - Tesis Cultura de seguridad 18 Nov.
- Hernández, R. B. (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico: McGraw-Hill.
- Llagas. (2017). [http://repositorio.ucv.edu.p e/bitstream /handle/UCV/8779/Llagas_FRY. Pdf ?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream /handle/UCV/8779/Llagas_FRY. Pdf ?sequence=1&isAllowed=y). Recuperado el 02 de Octubre de 2018, de http://repositorio. Ucv .edu.pe/ bitstream/handle/ UCV/8779/Llagas_FRY .pdf?sequence=1&isAllowed=y:
- López, P. (2015). *Metodologia de la Investigacion Social Cuantitativa* (1 ed.). Barcelona: <http://ddd.uad.cat/record/129382>.
- Ministerio de economia y finanzas . (2017). https://www.mef.gob.pe /contenidos/ ogie / capacitacion/2_ SIAF_ expo_ opd_ 28042017.pdf. Recuperado el 27 de octubre de 2018, de https://w ww.mef.gob.p e/contenidos/ogie capacitacion/2_ SIAF_ e xpo_ opd_ 28042017.pdf:
- Ministerio de Salud y Proteccion Social. (2016). <https://www.minsalud.gov. co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas- seguridad-paciente.pdf>. Recuperado el setiembre de 2018, de [Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf](https://www.minsalud.gov. co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas- seguridad-paciente.pdf).
- Ministerio de Sanidad, S. S. (2016). <https://www.seguridaddelpaciente.es/ resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente>

%202015-2020.pdf. Recuperado el 10 de Octubre de 2018, de Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.

Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). http://www.calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/236.pdf. Recuperado el 16 de Octubre de 2018, de 236.pdf.

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad . (2016). ***¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.*** [es/resources/documentos/ 2015 /Estrategia % 20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020 .pdf](https://www.Seguridad del paciente es/resources documentos /2015/ Estrategia %20 Seguridad%20del% 20 Paciente %202015-2020.pdf). Recuperado el 03 de Octubre de 2018, de <https://www.Seguridad del paciente es/resources documentos /2015/ Estrategia %20 Seguridad%20del% 20 Paciente %202015-2020.pdf>

Mora, A. (. (2014). Factores asociados a la cultura de seguridad clínica en la agencia sanitaria Costa del Sol. Malaga, España.

Orem, D. (1980). *Enfermería: conceptos de practica*. Mc Grae Hill, segunda edicion.

Organización Mundial de la Salud, (OMS, Serie de Informes Técnicos, No 842). (1994). *La enfermería más allá del año 2000*. Ginebra: Catalogaci6n por la Biblioteca de la OMS.

Saito, H. r. (febrero de 2017). [http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/ UPEU /973](http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/973). Recuperado el 18 de octubre de 2018, de Hiroshi_ Tesis _ bachiller_2018.: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/973>

Sánchez, H. y. (2015). Metodología y diseño en la investigación científica. 5ª edición. Lima, Peru .

Solar, L. (2014). Seguridad del paciente en los cuidados de enfermería. . Cantabria, España.

Urbina, A. (2009). *Satisfaccion Laboral y Calidad de Vida*. Trujillo.

Vaca, M. (2016). Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura. 103.

Vasco, I. (2017). Analisis de la Cultura de Seguridad del Paciente. Merida, Estremadura, España. Recuperado el 02 de Octubre de 2018, de file:///C:/Users/guerrero/ Downloads / TDUEX_ 2017_ Vasco_ Gonzalez%20(2).pdf

Anexos

Anexo 1. Artículo científico

Cultura de Seguridad del Paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018

Br. Nery Genaro Guerrero Young

Nery3069@hotmail.com

Escuela de Postgrado Universidad César Vallejo Lima Norte

Resumen El título de la investigación fue Cultura de Seguridad del Paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018, el objetivo general del presente trabajo fue Comparar la cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público Callao 2018. El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo de nivel descriptivo comparativo con un diseño no experimental, transversal, la población estuvo conformada por 40 Licenciados en enfermería del servicio de Cirugía y 40 Licenciados en Enfermería del servicio de medicina de un Hospital Público del Callao, la técnica que se utilizo fue la encuesta con un cuestionario fue cultura de seguridad del paciente versión española de agency for healthcare research and quality- AHRQ (2009). Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS, versión 23.0. Se utilizaron frecuencia, figuras, para probar la normalidad de los datos de la muestra, se aplicó la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney. La técnica que se utilizo fue la encuesta con un cuestionario de cultura de seguridad del paciente versión española de agency for healthcare research and quality- AHRQ de los Estados Unidos (2009). Para el procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS, versión 23.0. Se utilizaron frecuencia, figuras, se aplicó la prueba no paramétrica de U Mann-Whitney. Se concluye que Los resultados obtenidos de la contrastación de la hipótesis general, de acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre la Cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

Palabras clave: Cultura, seguridad del paciente, Licenciado en Enfermería.

The title of the research was "Culture of Patient Safety in Nurses of the Surgery and Medicine Services of a Public Hospital Callao 2018", the general objective of this work was to compare the culture of patient safety in Nurses services of surgery and medicine of a Public Hospital Callao 2018.

The present study has a quantitative approach of comparative descriptive level with a non-experimental, transversal design, the population consisted of 40 Nursing graduates of the Surgery service and 40 Graduates in Nursing of the medical service of a Public Hospital in Callao, the technique that was used was the survey with a questionnaire was the culture of patient safety Spanish version from the agency of the health care research and quality- AHRQ (2009). The SPSS program, version 23.0 was used for data processing. Frequency, figures, were used to test the normality of the sample data, the nonparametric U Mann-Whitney test was applied.

It is concluded that there are significant differences between the results obtained from the testing of the general hypothesis, according to statistical evidence; there are significant differences between the culture of patient safety in the Nurses of the Surgery and Medicine Services of a Public Hospital Callao 2018.

Keywords: Culture, patient safety, Bachelor of Nursing.

Introducción La seguridad del paciente, es una dimensión esencial de la calidad de atención asistencial, implica desarrollar estrategias para reducir el daño innecesario al paciente asociado a la asistencia sanitaria. (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad , 2016) El personal de Enfermería constituye el grupo más numeroso de trabajadores en cualquier institución de salud; muchos de los reclamos y demandas que se presentan involucran a los profesionales de enfermería, como consecuencia de sus funciones asistenciales. (De Arco-Canoles, 2018). Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente El Ministerio de Sanidad y Política Social (2009) adaptó el Cuestionario AHRQ, donde la variable cultura de seguridad del paciente tiene tres dimensiones:

Resultados de la cultura de seguridad, cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio y cultura de seguridad a nivel de toda la clínica. Dimensión 1:

Resultados de la cultura de seguridad del paciente Esta dimensión se considera como medida del grado de seguridad y contiene dos indicadores con un total de siete ítems: La frecuencia de situaciones que han sido notificadas, tienen 3 preguntas que comunican las observaciones de 3 formas de errores que son perjudiciales (a) Se informan las fallas que no lastima a las personas (b) Se informan las fallas que no perjudican a los enfermos (c) Se informan las fallas que presentan problemas que pueden haber sido perjudiciales al usuario. Percepción de seguridad, incluye cuatro ítems, todos ellos dirigidos a medir si se tiene o no la percepción de estar trabajando comprometiendo la seguridad, refiriéndose dos de ellos a causas concretas como son el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos existentes para evitar errores en la asistencia: a) nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente; b) nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia; c) no se producen más fallos por casualidad; y, d) en esta unidad hay problemas relacionados con la “Seguridad del paciente”. Dimensión 2: Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio Esta magnitud incluye ocho indicadores que se resumen en un total de 27 ítems del temario, que tienen, no obstante entidad por sí mismos y merece por tanto estudiar de modo intenso: Cuando se presentan expectativas y acción de direcciones y supervisiones de las unidades que benefician las seguridades, éstas tienen 4 preguntas que son de vital importancia para los pacientes de parte de los jefes de servicios: (a) El inspector comunica optimista cuando se toma las precauciones para prevenir a las personas (b) El supervisor recibe los aportes que hacen los empleados para mejorar la seguridad. (c) En el aumento de opresión de trabajo el jefe quiere que las labores se efectuó más rápido. (d) El supervisor no evalúa las quejas de las personas. Aprendizaje organizacional/mejora continua, incluye tres ítems sobre la actitud proactiva en relación a la seguridad del paciente: a) se tiene actos encaminados a mejorar la seguridad del paciente; b) cuando se ubica los errores en el servicio al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo y, c) los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad. Dimensión 3: Cultura de seguridad a nivel de toda la clínica Esta dimensión se divide en dos indicadores

con un total de ocho ítems: El servicio en conjunto con los servicios incluye 4 preguntas de características es que principalmente se observan como una dificultad en desarrollo con las observaciones positivas que tiene el trabajo en grupos de las mismas centros o servicios: a) la coordinación entre los centros de trabajo unidad de trabajo en conjunto (b) El servicio o unidad de trabajo de manera coordinada. (c) Los diversos servicios. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, incorpora cuatro ítems que pasan desapercibidos como especialmente dificultosos, aunque no destacan por cooperar de forma significativa a una buena cultura de seguridad : a) las informaciones de paciente se pierden, en parte, cuando son transferidos desde las unidades /servicios a otras; b) en cambios de turnos se pierden con muchas frecuencias informaciones importantes acerca de las atenciones que han recibido los pacientes; c) los intercambios de informaciones entre los diversos servicios es comúnmente problemático; y, d) surgimiento de problemas en las atenciones de usuarios como consecuencias de cambio de turnos.

El estudio contó con la participación de 80 Enfermeros 40 del servicio de Cirugía y 40 de Medicina de un Hospital Público del Callao. La validez de la variable se dio a través de juicio de expertos con la aplicación de un cuestionario, donde el coeficiente alfa de cronbach se realizó para la confiabilidad del instrumento lo que representa una confiabilidad muy alta. Para el procesamiento y análisis de la información se utilizó el software Excel y el programa estadístico SPSS 23.0, a través del cual se trabajó las frecuencias y porcentajes con sus tablas para la prueba de hipótesis y los resultados el U DE Mann Whitney.

Resultados En la tabla 14, se presentan los resultados para contrastar la hipótesis general: Existe diferencias significativas entre el nivel de Cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018; Donde el puntaje de p _valor de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se ha obtenido a partir de los datos de la investigación es $p=.000 < .05$ e indica diferencias significativas como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más

pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto, $p = 0.000$ ($p < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, los encuestados Enfermeros de los Servicios de Cirugía, obtuvieron puntuaciones, de Cultura de seguridad del paciente con un (Promedio = 56,70) a diferencia de los encuestados de los Enfermeros de Medicina, obtuvieron resultados en las puntuaciones de Cultura de seguridad del paciente con un (Promedio = 24,30). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la Cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería de los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Enfermeros de Medicina, 2018; siendo mayores los niveles de la Cultura de seguridad del paciente en el personal de Enfermeros de los Servicios de Cirugía.

En la tabla 14, se presentan los resultados para contrastar la hipótesis específica 1: Existe diferencias significativas entre el nivel de Resultados de la cultura de seguridad del Paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018; el puntaje de p _value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es $p = 0.000 < .05$ e indica diferencias significativas como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto, $p = 0.000$ ($p < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, los encuestados Enfermeros de los Servicios de Cirugía, obtuvieron puntuaciones, de Resultados de la cultura de seguridad con un (Promedio = 57,11) a diferencia de los encuestados de los Enfermeros de Medicina, obtuvieron resultados en las puntuaciones de Resultados de la cultura de seguridad con un (Promedio = 23,89). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de los Resultados de la cultura de seguridad en el personal de enfermería de los Servicios de Cirugía y Enfermeros de Medicina, 2018; siendo mayores los niveles de la Resultados de la cultura de seguridad del Paciente en el personal de Enfermeros del Servicio de Cirugía.

En la tabla 14, se presentan los resultados para contrastar la hipótesis específica 2: Existe diferencias significativas entre el nivel de Cultura de seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio en los Enfermeros de los Servicios de

Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018; el puntaje del p _value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es $p=.000 < .05$ e indica diferencias significativas como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto, $p = 0.000$ ($p < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, los encuestados Enfermeros del Servicio de Cirugía, obtuvieron puntuaciones, de Cultura de seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio con un (Promedio = 55,85) a diferencia de los encuestados Enfermeros de Medicina, obtuvieron resultados en las puntuaciones de Cultura de seguridad a nivel de unidad / servicio con un (Promedio = 25,15). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la Cultura de seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina, 2018; siendo mayores los niveles de la Cultura de seguridad del Paciente a nivel de unidad / servicio en los Enfermeros del Servicio de Cirugía.

En la tabla 14, se presentan los resultados para contrastar la hipótesis específica 3: Existe diferencias significativas entre el nivel de Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018; el puntaje del p _value de la probabilidad asociada al estadístico de prueba calculado que se han obtenido a partir de los datos de la investigación es $p=.000 < .05$ e indica diferencias significativas como se establece en la probabilidad de obtener un valor tan extremo como el estadístico de prueba calculado y el valor calculado es más pequeño que el nivel de significancia; por lo tanto, $p = 0.000$ ($p < 0.05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula. Por otro lado, los encuestados Enfermeros del Servicio de Cirugía, obtuvieron puntuaciones, de Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital con un (Promedio = 55,90) a diferencia de los encuestados Enfermeros de Medicina, obtuvieron resultados en las puntuaciones de Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital con un (Promedio = 25,10). Por tanto, se afirma que existen diferencias significativas en la percepción de la Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital en los Enfermeros de los

Servicios de Cirugía y Medicina, 2018; siendo mayores los niveles de la Cultura de seguridad del Paciente a nivel de todo el hospital en los Enfermeros del Servicio de Cirugía.

Discusión En cuanto a la hipótesis general los resultados encontrados en esta investigación fue que el Valor de $p < .05$, donde podemos aseverar que existen diferencias significativas entre cultura de seguridad del paciente en el personal de Enfermería en el servicio de Cirugía se encontró que el 2,50% presenta un nivel Bajo, el 20,00% presenta un nivel Medio y el 77,50% presenta un nivel Alto estos resultados se dieron debido a que en el servicio el personal se encuentra casi completo cubriendo la totalidad de turnos disminuyendo la carga laboral con el compromiso de los mismos profesionales cubren los vacíos con horas extras modificación de horarios poco movimiento de profesionales por ende mayor conocimiento de la gestión en seguridad de paciente , comunicación continua con los jefes de servicio red de comunicación interna para las coordinaciones entre profesionales y servicios ,el mobiliario e infraestructura hospitalaria se encuentra en constante mantenimiento mientras que en el servicio de Medicina se obtuvo que el 37,50% presenta un nivel Bajo el 60,00% presenta un nivel Medio y el 2,50% presenta un nivel Alto del Hospital Público Callao 2018. Esto debido a la falta de profesionales de la salud por consiguiente sobrecarga laboral, falta de compromiso con el servicio y por ende a la institución que nos alberga miedo a que la jefatura tome represalias por los errores del personal. Por consiguiente existe una pérdida de información déficit en la retroalimentación sobre los sucesos en los servicios ingreso de profesionales nuevos cambios de jefaturas .coincidiendo con la investigación de Llagas, R. (2017) en su investigación sobre Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf 2017 arribando a los siguientes resultados sobre Niveles de cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja de los 35 encuestados, el 2.9% percibió un nivel bajo, el 20% un nivel medio y el 77.1% indicaron nivel alto de cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna San Borja. Por el contrario los resultados Niveles de cultura de seguridad del paciente de la clínica Sanna Golf fueron: 35 encuestados, donde el 48.6% se le observo un nivel bajo y el 51.4% un nivel medio. Estos resultados tienen coincidencias con los resultados

de nuestro estudio. debido a la comunicación empática con los jefes del servicio, los profesionales con mayor experiencia tienen una mejor disposición ante las medidas preventivas de gestión de seguridad la comunicación con los jefes y pares más fluidas donde se puede expresar los sentimientos, dudas, interrogantes la dotación de personal y por el contrario también encontramos que los profesionales con mayor carga laboral con menor tiempo en el servicio no se adaptan aun al ritmo de trabajo los formatos y formas de comunicar los eventos adversos poca comunicación con los pares y jefes, miedo a represalias al informar eventos adversos.

En Cuanto a la primera hipótesis específica los resultados Hallados sobre los Resultados de la cultura de seguridad de los Licenciados en enfermería de cirugía, el 2,50% presenta un nivel Bajo, el 25,00% presenta un nivel Medio y el 72,50% presenta un nivel Alto estos resultados refleja el trabajo continuo por parte de la jefatura y los enfermeros del servicio manteniendo buena comunicación entre pares y con los jefes existiendo un buen proceso en los cambios de turno colaboración mutua enfocados a mejorar la calidad de atención del paciente disminuyendo el riesgo para los pacientes .en cuanto a los Resultados de la cultura de seguridad *de los Licenciados de enfermería de medicina*, el 47,50% presenta un nivel Bajo y el 52,50% presenta un nivel Medio. Estos resultados se encuentran reflejados por el aumento de la carga laboral debido al déficit de profesionales el ingreso de nuevos profesionales de la salud desconocimiento de las normas de seguridad del paciente .por lo tanto podemos determinar que existe diferencias significativas entre resultados de la cultura de seguridad del paciente, coincidiendo con la investigación de Giraldo y Montoya (2013) en su investigación titulada Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un Hospital de Antioquia Colombia, 2013. Donde los resultados indicaron que el 31.5%(34/108) presentó un nivel bajo, el 63%(68/108) indicaron que presentan “un nivel medio y el 5.6%(6/108) presenta un nivel alto llegando a la conclusión que el análisis de la información evidencia que la construcción de la cultura de seguridad es un proceso que implica cambios en los conceptos y paradigmas, que requiere mejorar algunas prácticas del personal de salud, como el concepto de jerarquización, la respuesta punitiva al error, la comunicación, las relaciones entre

áreas de trabajo, el proceso entre los cambios de turno, el liderazgo y compromiso de la alta dirección, entre otros, que permitan mejorar la cultura del reporte de eventos adversos y entender la seguridad como un asunto de responsabilidad compartida. Coincidiendo con los resultados de nuestra investigación donde el liderazgo en salud es muy importante para saber orientar a los profesionales hacia una cultura de seguridad donde todos los profesionales de la salud estemos involucrados permitiendo el empoderamiento del profesional conociendo las conveniencias de reportar eventos adversos para a partir de estos tomar medidas correctivas tanto funcionales como administrativas.

En relación a la segunda hipótesis específica los resultados encontrados en esta investigación sobre Cultura de seguridad a nivel de unidad / servicio *de los Licenciados en enfermería de cirugía*, el 5,00% presenta un nivel Bajo, el 17,50% presenta un nivel Medio y el 77,50% presenta un nivel Alto estos resultados se dan debido a la interrelación de los directivos las jefaturas y el profesional de la salud ,un adecuado manejo de los cambios de turno permite la transmisión clara de la información de los pacientes constancia en los procesos de mejora respecto a la cultura de seguridad del paciente una adecuada comunicación entre los servicios . En cuanto a *los Licenciados de enfermería de medicina*, el 40,00% presenta un nivel Bajo el 55,00% presenta un nivel Medio y el 5,00% presenta un nivel Alto. Esto debido a la poca interrelación entre directivos, jefes y profesionales de la salud sintiéndose un alejamiento de estos, en proceso de mejora de los procedimientos y formas de comunicar errores, estos resultados coinciden con Los de Llagas, R. (2017) en su investigación sobre Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf 2017 en la clínica Sanna San Borja se observó que de los 35 encuestados, el 5.7% percibió un nivel bajo, el 17.1% un nivel medio y el 77.1% indicaron nivel alto en cuanto a la clínica Sanna El Golf y en se pudo determinar que de los 35 encuestados, el 40% percibió un nivel bajo, el 54.3% un nivel medio y el 5.7% percibe un nivel alto observando que el personal insuficiente genera una mayor carga laboral con mayor tiempo de trabajo la actitud que percibe de la jefatura está influenciada también por la carga laboral de una institución de salud grande con deficientes protocolos de seguridad el personal está preocupado por las

medidas que tome los directivos en relación a la seguridad del paciente afectando el ambiente laboral, actividades de afianzamiento de la cultura de seguridad no son prioritarios para los directivos debiendo realizar reuniones de trabajo sobre el tema buscando generar una cultura de seguridad del paciente ya que este es la razón de ser de las instituciones prestadoras de salud.

Conclusión Los resultados obtenidos de la contrastación de la hipótesis general, de acuerdo a las evidencias estadísticas, existe diferencias significativas entre la Cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018.

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

Anexo 2. Matriz de consistencia

Título: Cultura de seguridad del paciente de los enfermeros de los servicios de Cirugía Y Medicina de un Hospital Público Callao 2018							
Autor: Nery Guerrero Young							
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
PROBLEMA GENERAL ¿Cuál es la Diferencia entre la cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un hospital público Callao 2018?	Objetivo General Comparar la diferencia de cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público Callao 2018	Hipótesis General Existen diferencias significativas entre la cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018	Variable 1: Cultura de seguridad del paciente				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
			RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	1. Frecuencia de eventos notificados. 2. Percepción de seguridad	1,2,3,4,5,6,7,8,9, 10,11,12,13,14, 15,16,17,18,19, 20,21,22	Nunca (1) Algunas veces(2) Indiferente(3) Con frecuencia (4) Siempre(5)	Alto (82-110) Medio (153-99) Bajo (98-42)

<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuál es la diferencia entre la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un hospital Público Callao 2018?</p> <p>¿Cuál es la diferencia entre la dimensión cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un hospital Público Callao</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Comparar las diferencias de cultura de seguridad del paciente en su dimensión resultados de la cultura de seguridad en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público Callao 2018</p> <p>Comparar las diferencias de cultura de seguridad del paciente en la dimensión cultura</p>	<p>Hipótesis Específica</p> <p>Hipótesis Específica</p> <p>Existen diferencias significativas entre la dimensión resultados de la cultura de seguridad del paciente en los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018 en</p>	<p>CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD / SERVICIO.</p>	<p>3. Expectativas y acciones del jefe para promover la seguridad</p> <p>4. Aprendizaje organizacional.</p> <p>5. Trabajo en equipo dentro de la unidad hospitalaria.</p> <p>6. Apertura en la comunicación.</p> <p>7. Trabajo en equipo</p> <p>Entre unidades hospitalarias.</p> <p>8. Cambios de turno y rotación en el hospital.</p> <p>9. Asignación de personal.</p> <p>10. Apoyo del hospital en la seguridad del paciente.</p>	<p>23,24,25,26, 27, 28,29,30,31, 32, 33</p>	<p>Nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>Indiferente</p> <p>Con frecuencia</p> <p>siempre</p>	<p>Alto (41-55)</p> <p>Medio (26-40)</p> <p>Bajo (11-25)</p>
--	---	--	--	---	---	---	--

<p>2018?</p> <p>¿Cuál es la diferencia entre la dimensión cultura de seguridad a nivel de todo el hospital en los Enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un hospital Público Callao 2018?</p>	<p>de seguridad a nivel de unidad/ de los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público Callao 2018</p> <p>Comparar las diferencias cultura de seguridad a nivel de todo el Hospital en los servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018</p>	<p>Existen diferencias significativas entre la dimensión cultura de seguridad a nivel de unidad/ servicio de los Servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018</p> <p>Existen diferencias significativas entre la dimensión cultura de seguridad a nivel de todo el Hospital en los servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público Callao 2018</p>	<p>CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL</p>	<p>11. Retroalimentación y comunicación acerca del error.</p> <p>12. Respuesta de no castigo al error.</p>	<p>34,35,36,37, 38</p> <p>, 39, 40, 41,42.</p>	<p>Nunca</p> <p>Algunas veces</p> <p>Indiferente</p> <p>Con frecuencia</p> <p>siempre</p>	<p>Alto (33-45)</p> <p>Medio (21-32)</p> <p>Bajo (9-20)</p>
---	---	---	---	--	--	---	---

Nivel - diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
<p>Tipo: Sustantiva Nivel</p> <p>Se trata de un estudio: Descriptivo (se recolectan datos que describen la situación actual).</p> <p>Diseño No experimental Transversal Comparativo</p>	<p>Población: La población estuvo comprendida 122 licenciados en Enfermería de un hospital público Callao 2018</p> <p>Tipo de muestra: la muestra estuvo comprendida por 80 Licenciados en Enfermería de cirugía , medicina de un Hospital Público Callao 2018</p>	<p>Variable :</p> <p>Cultura de seguridad del paciente</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos: cuestionario</p> <p>Autores: Pedro Pérez Fernández, Inmaculada Vicente López, Arantza González Vicente, José Martínez Mas y M^a del Mar Saura.</p> <p>Año: 2004</p> <p>Monitoreo: directo</p> <p>Ámbito de Aplicación: licenciados en Enfermería</p> <p>Forma de Administración: individual</p>	<p>DESCRIPTIVA: Se utilizó las tablas de frecuencias y las figuras a fin de poder interpretar las tendencias de las respuestas de los trabajadores al cuestionario.</p>

Anexo 3. Instrumentos

CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

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

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

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

INFORMACION GENERAL: Sexo: M F Edad: Condición Laboral: 276.- 728 –CAS.Tiempo de experiencia Laboral... Area donde labora Cirugía.....Medicina.....Por favor, señale con una cruz/ aspa (x) su respuesta en el recuadro correspondiente

Sección A: Resultados de la cultura seguridad del paciente					
Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo.					
	Nunca	Algunas veces	Indiferente	Con frecuencia	siempre
1. El personal se apoya mutuamente					

2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.					
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal					
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
10. No se producen más fallos por casualidad					
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".					
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad					

14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa					
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente					
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la 'seguridad del paciente'.					
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.					
Sección B: cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio					
23. La gerencia o la dirección de la clínica facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.					
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.					
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una					

unidad/servicio a otra.					
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/ unidades.					
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
30. La gerencia o dirección de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
31. La gerencia/dirección de la clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente					
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes					
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					
Sección C: Cultura seguridad a nivel de todo el hospital					
Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo					
34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					

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

Muchas gracias por su colaboración.

Anexo 4. Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Bach. Nery Guerrero Young, de la Universidad Cesar Vallejo. La meta de este estudio es conocer sobre la seguridad del paciente en el hospital Alberto Sabogal del Callao.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Bach. Nery Guerrero Young. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer sobre la seguridad del paciente en el hospital Alberto Sabogal del Callao.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)

Anexo 5. Instrumentos

Baremo

Cuantitativo				<u>Cualitativo</u>
General	D1	D2	D3	
154-210	82-110	41-55	33-45	Alto
153-99	52-81	26-40	21-32	Medio
98-42	22-51	11-25	9-22	Bajo

Validez y confiabilidad de los instrumentos

validez de contenido:	Valor de alfa de cronbach obtenido 0,937
Confiabilidad:	Valor del alfa de cronbach en el piloto 0,908

Cartas de presentación y documentos para validación por juicio de expertos llenado y firmado por los especialistas

Validez de contenido según porcentaje de acuerdos, V de Aiken o prueba binomial

JUEZ N° 1

CARTA DE PRESENTACION

M^g Amabel Acuña Cabana

Presente

Asunto: VALIDACION DE INSTRUMENTO A TRAVES DE JUICIO DE
EXPERTOS

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de maestría con mención en gestión de los servicios de salud de la Universidad Cesar Vallejo promoción 2018 II requiero validar el instrumento con el que recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación con el cual optare el grado de magister.

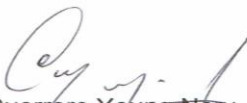
El titulo Nombre de mi proyecto de investigación es: Gestión de la Seguridad del Paciente en los Enfermeros en los servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público del Callao 2018 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados en para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación que le hacemos llegar contiene:

- | | |
|---|------------------------------------|
| > | Carta de presentación. |
| > | Definiciones conceptuales de |
| > | la variable y dimensiones. |
| > | Matriz de la |
| > | operacionalizacion de la variable. |
| > | Certificado de validez de |
| > | contenido del instrumento. |

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted no sin antes agradecerle por la atención que dispense de la presente.

Atentamente


Guerrero Young Nery
DNI 10452472

Anexo 6. Certificado de validez



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Cultura de seguridad del paciente

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

18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	X		X		X		
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	X		X		X		
20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	X		X		X		
22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	X		X		X		
	Dimensión 2 Cultura de seguridad a nivel de toda la clínica	Si	No	Si	No	Si	No	Sugerencias
23	La gerencia o la dirección de la clínica facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	X		X		X		
24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	X		X		X		
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	X		X		X		
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	X		X		X		
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	X		X		X		
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/ unidades.	X		X		X		
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	X		X		X		
30	La gerencia o dirección de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	X		X		X		
31	La gerencia/dirección de la clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	X		X		X		
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes	X		X		X		

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Mg. ANABEL AGUAYO CARANA DNI: 09608099

Especialidad del validador: GERENCIA EN SALUD

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

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

05 de Noviembre del 2018
CONSEJO REGIONAL XVII - CALLAO
Colegio de Enfermeras del Perú

Mg. Anabel Roxana Aguayo Cabana
SECRETARIA
CEP. 26208
Firma y Sello del Experto Informante.

CARTA DE PRESENTACION

Me Aguilera Marcella Felix

Presente

Asunto: VALIDACION DE INSTRUMENTO A TRAVES DE JUICIO DE EXPERTOS

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de maestría con mención en gestión de los servicios de salud de la Universidad Cesar Vallejo promoción 2018 II requiero validar el instrumento con el que recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación con el cual optare el grado de magister.

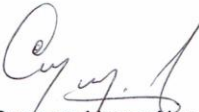
El titulo Nombre de mi proyecto de investigación es: Gestión de la Seguridad del Paciente en los Enfermeros en los servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público del Callao 2018 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados en para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de la variable y dimensiones.
- Matriz de la operacionalización de la variable.
- Certificado de validez de contenido del instrumento.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted no sin antes agradecerle por la atención que dispense de la presente.

Atentamente


Guerrero Young Nery
DNI 10452472

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Cultura de seguridad del paciente

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

	paciente".							
18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
	Dimensión 2 Cultura de seguridad a nivel de toda la clínica	Si	No	Si	No	Si	No	Sugerencias
23	La gerencia o la dirección de la clínica facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/ unidades.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
30	La gerencia o dirección de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
31	La gerencia/dirección de la clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre si para	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Aguilina Marcilla Félix DNI: 091130501

Especialidad del validador: Cuidados Quirúrgicos

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

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

05 de Noviembre del 2018
CONSEJO REGIONAL XXVII - CALLAO
Colegio de Enfermeros del Perú
Mg. Aguilina Marcilla Félix
 Vocal
 CEP. 20970
Firma y Sello del Experto Informante.

CARTA DE PRESENTACION

Me Alicia Nery Aranda

Presente

Asunto: VALIDACION DE INSTRUMENTO A TRAVES DE JUICIO DE EXPERTOS

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de maestría con mención en gestión de los servicios de salud de la Universidad Cesar Vallejo promoción 2018 II requiero validar el instrumento con el que recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación con el cual optare el grado de magíster.

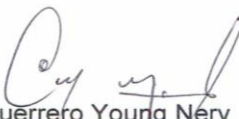
El título Nombre de mi proyecto de investigación es: Gestión de la Seguridad del Paciente en los Enfermeros en los servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público del Callao 2018 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados en para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de la variable y dimensiones.
- Matriz de la operacionalización de la variable.
- Certificado de validez de contenido del instrumento.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted no sin antes agradecerle por la atención que dispense de la presente.

Atentamente


Guerrero Young Nery
DNI 10452472

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Cultura de seguridad del paciente

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

18	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	X		X		X		
19	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	X		X		X		
20	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	X		X		Y		
21	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	X		X		Y		
22	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	X		X		X		
	Dimensión 2 Cultura de seguridad a nivel de toda la clínica	Si	No	Si	No	Si	No	Sugerencias
23	La gerencia o la dirección de la clínica facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	X		X		X		
24	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	X		Y		Y		
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	X		X		X		
26	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	Y		X		X		
27	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	X		X		Y		
28	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/ unidades.	Y		X		Y		
29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	X		X		Y		
30	La gerencia o dirección de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	Y		X		X		
31	La gerencia/dirección de la clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	X	X			Y		
32	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes	X		X		Y		

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Mg. ALICIA NEYRA ARAUDA DNI: 06128045

Especialidad del validador: Magister en Gerencia en Salud

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

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

05 de Noviembre .del 2018

CONSEJO REGIONAL CIVIL CALLAO
Colegio de Expertos del Perú

Firma y Sello del Experto Informante.
Ms. Alicia Neyra Aranda
CEP. 19373

CARTA DE PRESENTACION

Magister Daniel Córdova Sotomayor

Presente

Asunto: VALIDACION DE INSTRUMENTO A TRAVES DE JUICIO DE EXPERTOS

Me es muy grato comunicarme con usted para expresarle nuestros saludos y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de maestría con mención en gestión de los servicios de salud de la Universidad Cesar Vallejo promoción 2018 II requiero validar el instrumento con el que recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación con el cual optare el grado de magister.


El titulo Nombre de mi proyecto de investigación es: Gestión de la Seguridad del Paciente en los Enfermeros en los servicios de Cirugía y Medicina de un Hospital Público del Callao 2018 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados en para poder aplicar el instrumento en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación que le hacemos llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de la variable y dimensiones.
- Matriz de la operacionalizacion de la variable.
- Certificado de validez de contenido del instrumento.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted no sin antes agradecerle por la atención que dispense de la presente.

Atentamente


Guerrero Young Nery
DNI 10452472

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

N°	DIMENSIONES/Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Sección A: Resultados de la cultura seguridad del paciente	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1.	El personal se apoya mutuamente	X		X		X		
2.	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	X		X		X		
3.	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	X		X		X		
4.	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	X		X		X		
5.	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	X		X		X		
6.	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	X		X		X		
7.	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal	X		X		X		
8.	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	X		X		X		
9.	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	X		X		X		
10.	No se producen más fallos por casualidad	X		X		X		

11.	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	X		X		X	
12.	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	X		X		X	
13.	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad	X		X		X	
14.	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	X		X		X	
15.	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	X		X		X	
16.	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	X		X		X	
17.	En esta unidad hay problemas relacionados con la 'seguridad del paciente'.	X		X		X	
18.	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	X		X		X	
19.	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	X		X		X	
20.	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X	
21.	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende	X		X		X	

	que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	X		2		X		
22.	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	X		X		X		
	Sección B: cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio	X		X		X		
23.	La gerencia o la dirección de la clínica facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente	X		X		X		
24.	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	X		X		X		
25.	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	X		X		X		
26.	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	X		X		X		
27.	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	X		X		X		
28.	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/ unidades	X		X		X		
29.	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	X		X		X		
30.	La gerencia o dirección de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	X		X		X		

31.	La gerencia/dirección de la clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
32.	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
33.	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Sección C: Cultura seguridad a nivel de todo el hospital		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio /unidad de trabajo		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
34.	Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
35.	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
36.	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
37.	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
38.	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
39.	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que sería hecho de forma incorrecta	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		

40.	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	X		X		X	
41.	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	X		X		X	
42.	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente	X		X		X	

Observaciones (Precisar si hay suficiencia)..... HAY SUFICIENCIA

Opinión de Aplicabilidad Aplicable (X) Aplicable después de corregir () No Aplicable ()

Apellidos y Nombres de Juez Validador. Mg..... CORDOVA SOTOMAYOR DEL DANIEL ANGEL DNI..... 08822407

Especialidad del Validador..... INVESTIGACION

<p>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.</p> <p>Relevancia: El ítem es apropiado para presentar el componente o Dimensión específica del constructo.</p> <p>Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.</p> <p>Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión</p>	<p><u>Daniel Cordova</u></p> <p>Firma y sello del experto informante</p>
--	--

JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIO	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	JUEZ 4
1	1	1	1	1
2	1	1	1	1
3	1	0	1	1
	1	1	1	1
5	1	0	1	1
6	1	1	1	1
7	1	0	1	1
8	1	1	1	1
9	1	1	1	1
10	1	0	1	1
11	1	1	1	1
12	1	1	1	1
13	1	1	1	1
14	1	1	1	1
15	1	0	1	1
16	1	1	1	1
17	1	1	1	1
18	1	1	1	1
19	1	1	1	1
20	1	1	1	1
21	1	1	1	1
22	1	1	1	1
23	1	1	1	1
24	1	1	1	1

25	1	1	1	1
26	1	1	1	1
27	1	1	1	1
28	1	1	1	1
29	1	1	1	1
30	1	1	1	1
31	1	1	0	1
32	1	1	1	1
33	1	1	1	1
34	1	1	1	1
35	1	1	1	1
36	1	1	1	1
37	1	1	1	1
38	1	1	1	1
39	1	1	1	1
40	1	1	1	1
41	1	1	1	1
42	1	1	1	1

<p>Ta= n° de total acuerdos</p> <p>Td= n° de desacuerdos</p> <p>B = Grado de concordancia entre jueces</p>	$b = \frac{ta}{ta + td} \times 100$ $b = \frac{120}{120 + 6} \times 100 = 95.24 \%$
--	---

PRUEBA V DE AIKEN

CRITERIO	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 3	SUMA=S	V DE AIKEN
1	1	1	1	3	1
2	1	1	1	3	1
3	1	0	1	2	0.67
4	1	1	1	3	1
5	1	0	1	2	0.67
6	1	1	1	3	1
7	1	0	1	2	0.67
8	1	1	1	3	1
9	1	1	1	3	1
10	1	0	1	2	0.67
11	1	1	1	3	1
12	1	1	1	3	1
13	1	1	1	3	1
14	1	1	1	3	1
15	1	0	1	2	0.67
16	1	1	1	3	1
17	1	1	1	3	1
18	1	1	1	3	1
19	1	1	1	3	1
20	1	1	1	3	1
21	1	1	1	3	1
22	1	1	1	3	1
23	1	1	1	3	1

24	1	1	1	3	1
25	1	1	1	3	1
26	1	1	1	3	1
27	1	1	1	3	1
28	1	1	1	3	1
29	1	1	1	3	1
30	1	1	1	3	1
31	1	1	0	2	0.67
32	1	1	1	3	1
33	1	1	1	3	1
34	1	1	1	3	1
35	1	1	1	3	1
36	1	1	1	3	1
37	1	1	1	3	1
38	1	1	1	3	1
39	1	1	1	3	1
40	1	1	1	3	1
41	1	1	1	3	1
42	1	1	1	3	1

<p>S = Sumatoria de los valores</p> <p>n = Número de jueces</p> <p>c = Número de valores de la Escala</p>	$V = \frac{S}{(n(c - 1))}$
---	----------------------------

Anexo 7. Permiso de la institución

Permiso de la institución donde se aplicó el estudio Documento de aceptación por parte de la institución de la realización del piloto y la investigación



“Decenio de la igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del dialogo y la reconciliación nacional”

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CARTA N° 482 JDE- G-HNASS- ESSALUD-18

Callao, 26 de Octubre 2018

Licenciado de Enfermería
NERY GENARO GUERRERO YOUNG
Servicio de Cirugía II
Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologúren
Presente. –

ASUNTO: SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE TESIS “CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS ENFERMEROS DE LOS SERVICIOS DE CIRUGIA Y MEDICINA DEL HNASS - 2018”

Ref: Carta N° 001 NGGY – 2018

De mi especial consideración

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y a la vez respecto del tema del asunto que signa el documento de referencia resaltar su iniciativa por el desarrollo de trabajos de investigación en Enfermería, cuyo efecto positivo impulsa y posesiona nuestra profesión.

Siendo una actividad ligada con los objetivos de esta gestión le informo que se acepta su solicitud para realizar la aplicación del instrumento de tesis requerido en el desarrollo del trabajo de investigación denominado “Cultura de seguridad del paciente en los enfermeros de los servicios de Cirugía y Medicina del HNASS – 2018”

Cabe resaltar que es necesario nos facilite copia del resultado final de la investigación realizada a fin de implementar proyectos de mejora en cumplimiento de objetivos institucionales.

Sin otro particular, me despido de usted no sin antes manifestar las muestras de mi estima personal.

Atentamente.

Lic. Cesar Beraun Sánchez
Jefe Departamento de Enfermería
HOSPITAL ALBERTO SABOGAL S.

Jr. Colina 1081 Bellavista Callao
Teléfono 42977 44- Anexo 5268 - 5114

Anexo 9. Otros documentos de importancia



“Decenio de la igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del diálogo y la reconciliación nacional”

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

CONSTANCIA

Licenciado de Enfermería
JULIO CESAR BERAUN SANCHEZ
Jefe de Departamento de Enfermería
Hospital Alberto Sabogal Sologúren

HACER CONSTAR:

Que el licenciado Nery Genaro Guerrero Young, estudiante del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios Salud de la Universidad Cesar Vallejo, ha realizado en el servicio de Cirugía y Medicina de nuestra institución la aplicación de instrumento de tesis, durante el mes de Noviembre 2018, para el desarrollo de su trabajo de investigación denominada: “Cultura de seguridad del paciente en los enfermeros de los servicios de Cirugía y Medicina del HNASS - 2018”.

En este sentido se extiende la siguiente constancia para los fines que la interesada crea conveniente.

Bellavista, 22 de noviembre

Lic. Cesar Beraun Sánchez
Jefe Departamento de Enfermería
HOSPITAL ALBERTO SABOGAL S.

Jr. Colina 1081 Bellavista Callao
Telefono 42977 44- Anexo 5268 - 5114