



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

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

“Cultura de seguridad del paciente y autopercepción sobre la  
prevención de eventos adversos del profesional de salud del  
departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas,  
2020”

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

**Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

**AUTORA:**

Chavez Reynaga, Delia Betzabe (ORCID: 0000-0002-4184-9989)

**ASESORA:**

MG. Vega Guevara, Miluska (ORCID: 0000-0003-2753-0709)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las prestaciones asistenciales y  
Gestión del riesgo en salud.

**LIMA – PERÚ**

**2020**

**Dedicatoria:**

A mis queridos hijos y esposo por su comprensión y apoyo incondicional en todo momento de mi valiosa formación personal y desarrollo profesional.

**Agradecimiento:**

A los docentes de la Universidad Cesar Vallejo por darme su valioso conocimiento y vivencias para lograr mi objetivo trazado.

## Índice de contenidos

	Pág
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Índice de contenidos	v
Lista de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	1
II. Marco teórico	4
III. Metodología	15
3.1. Tipo y diseño de investigación	15
3.2. Operacionalización	15
3.3. Población, muestra y muestreo	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	17
3.5. Procedimiento	19
3.6. Métodos de análisis de datos	19
3.7. Aspectos éticos	19
IV. Resultados	20
IV. Discusión	31
V. Conclusiones	38
VI. Recomendaciones	39



Referencias	40
Anexos	48

## Índice de tablas

	Pág
	.
Tabla 1: Validez de contenido del cuestionario sobre seguridad de los pacientes	18
Tabla 2: Validez de contenido del cuestionario de la prevención de eventos adversos.	18
Tabla 3: Confiabilidad de los instrumentos – Alfa de Cron Bach	18
Tabla 4: Niveles de la cultura de seguridad del paciente	20
Tabla 5: Cultura de seguridad del paciente, y sus dimensiones	21
Tabla 6: Prevención de eventos adversos	22
Tabla 7: Prevención de eventos adversos y sus dimensiones	23
Tabla 8: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	24
Tabla 9: Relación de la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos	25
Tabla 10: Contrastación de hipótesis específica 1	26
Tabla 11: Contrastación de hipótesis específica 2	27
Tabla 12: Contrastación de hipótesis específica 3	28
Tabla 13: Contrastación de hipótesis específica 4	29
Tabla 14: Contrastación de hipótesis específica 5	30

## Resumen

El objetivo fue establecer la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la autopercepción sobre la prevención de eventos adversos del profesional de salud del departamento de Gineco-obstetricia. El enfoque fue cuantitativo de tipo básica, correlacional y diseño no experimental, la muestra fue de 70 profesionales de salud; se emplearon como instrumento de recolección de datos el cuestionario sobre cultura de seguridad del Hospital Survey on Patient Safety, versión española y la escala de prevención de eventos adversos tipo Likert, basado en la clasificación de los problemas que originan los eventos adversos (CONAMED-OPS, 2015). Los resultados evidencia que el 52,9% del personal percibe una cultura de seguridad neutral, el 31,4% una cultura negativa y solo el 15.7% considera que es positiva; respecto a la prevención de eventos adversos el 40% percibe una prevención aceptable, el 31,4 % percibe que es baja y solo el 28.6% percibe una prevención fuerte. Se llegó a la conclusión que existe una relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la autopercepción sobre la prevención de eventos adversos del profesional de salud del departamento de gineco-obstetricia siendo esta relación ( $Rho$  de Spearman = 0.542\*\*).

*Palabras clave: cultura de seguridad del paciente, prevención de eventos adversos, profesional de salud.*

## Abstract

The objective was to establish the relationship that exists between the culture of patient safety and the self-perception about the prevention of adverse events of the health professional of the Department of Gynecology-Obstetrics. The approach was quantitative of a basic type, correlational and non-experimental design, the sample consisted of 70 health professionals; the data collection instrument used was the questionnaire on safety culture of the Hospital Survey on Patient Safety, Spanish version, and the Likert-type adverse event prevention scale, based on the classification of the problems that cause adverse events (CONAMED-OPS, 2015). The results show that 52.9% of the personnel perceive a neutral safety culture, 31.4% a negative culture and only 15.7% consider it to be positive; Regarding the prevention of adverse events, 40% perceive an acceptable prevention, 31.4% perceive that it is low and only 28.6% perceive a strong prevention. It was concluded that there is a significant relationship between the culture of patient safety and the self-perception about the prevention of adverse events of the health professional of the gynecological-obstetrics department, this relationship being (Spearman's  $Rho = 0.542^{**}$ ).

Keywords: culture of patient safety, prevention of adverse events, health professional

## I. Introducción

La salud y enfermedad son parte de nuestra biología humana, pero la enfermedad ha sido un problema que ha conducido a investigar, indagar cómo mejorar y sanar desde el inicio de las civilizaciones; apareciendo chamanes, hechiceros, individuos reconocidos por su comunidad por el arte de curar, paralelamente también surge la preocupación por una atención segura para los enfermos, evidenciándose en los escritos que dejaron las diferentes culturas a través de normas o leyes (Rodríguez y Losardo., 2018).

En el siglo XX se dio una investigación importante *Errar es humano*. Villareal, Gómez & Bosques.(2011) al respecto resaltan que, sólo en Estados Unidos, de forma anual se reportan cerca de 100 mil muertes como producto de equivocaciones dentro de los procesos relacionados con la atención hospitalaria. Este informe tuvo un impacto en las políticas de salud de gobiernos y organizaciones. Es así que la Organización Mundial de salud en el año 2004 lidera la alianza por la Seguridad del paciente con los gobiernos a nivel mundial, promoviendo estrategias, acciones y estudios como: el Iberoamericano de Eventos Adversos que se realizó el 2010 en 5 países, siendo el Perú uno de ellos, demostrando que 10 de cada 100 pacientes hospitalizados en un día sufrieron efectos nocivos derivados de los cuidados sanitarios y este riesgo puede duplicarse cuando se toma en cuenta también el periodo de tiempo que duró su atención en el servicio de hospitalización.

Este problema se ha hecho visible en el Perú e involucra a todas las instituciones sanitarias como en el caso del Hospital Sub Regional de Andahuaylas que debe garantizar una atención segura a los pacientes que se atiende; que en su gran mayoría cuentan con segura integral de salud (SIS) y son de la zona rural referidos de las provincias de Andahuaylas, Chincheros y zonas aledañas de la región Cusco y Ayacucho; sin embargo se percibe la poca importancia que dan los directivos y equipo de gestión de este nosocomio al tema de seguridad del paciente; en el departamento de Gineco-Obstetricia el registro y notificación de eventos adversos son muy raros o inexistentes podría presumirse que por miedo a sanciones punitivas se posterga esta actividad; si esta debilidad continuara la seguridad del

paciente está en riesgo y por ende la calidad de atención, sin olvidar que los eventos adversos van desde una simple complicación hasta casos severos como la muerte y a esto se agrega costo económicos en contra de la institución de salud.

Por lo expuesto es necesario buscar estrategias para prevenir eventos adversos en la atención sanitaria. El nacional Quality fórum. (2009) recomienda promover una cultura de seguridad basado en la prevención de eventos adversos como política a nivel de las instituciones sanitarias y nuestro país como parte de la alianza estratégica mundial sobre la seguridad del paciente respalda esta práctica.

Entonces se plantea la pregunta: ¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y la autopercepción sobre la prevención de eventos adversos del profesional de salud del departamento de Gineco- Obstetricia - Hospital de Andahuaylas, 2020?

El proyecto tiene relevancia teórica, por que busca solventar los vacíos de conocimiento sobre la cultura de seguridad del paciente y la autopercepción sobre la prevención de eventos adversos del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia, tema en el cual existe poca información actual y disponible en establecimientos de la provincia de Andahuaylas, en donde no se ha prestado la atención debida a investigar las deficiencias que pudieran existir, especialmente en el área de gineco-obstetricia.

Presenta además justificación práctica, pues los resultados se darán a conocer a los directivos quienes decidirán utilizar la información en acciones de mejora. Finalmente se justifica metodológicamente pues se emplearon instrumentos válidos y confiables por lo que podrán ser empleados en futuras investigaciones relacionadas a la gestión de calidad de atención al paciente, tras los cual puede evaluarse su conveniencia en una población del área de gineco-obstetricia que atiende a una población sobre todo de la zona rural.

Por lo expuesto el objetivo principal de la investigación es establecer qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y la autopercepción sobre la prevención de eventos adversos del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas. Para establecer los objetivos específicos se establece la relación entre la variable cultura de seguridad del

paciente y con cada una de las dimensiones de la prevención de eventos adversos. La hipótesis que se plantea es que hay relación entre la cultura de seguridad del paciente y la autopercepción sobre la prevención de eventos adversos del profesional del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, considerando como hipótesis específicas que hay relación entre la cultura de seguridad del paciente y las dimensiones: administración clínica, procedimientos asistenciales, errores en la documentación, errores en la medicación e infección asociada a la atención por el profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia - Hospital de Andahuaylas en el 2020.

## II. Marco teórico

A continuación se presentan los trabajos previos realizados sobre las variables de estudio y su relación; que generalmente se investigan en forma separada.

A nivel internacional las investigaciones relacionadas con la cultura de seguridad en su mayoría tuvieron un enfoque cuantitativo empleando diseños no experimentales como el de Alrowely & Baker (2020) según las enfermeras de los hospitales públicos de Arabia Saudí; se reportó una cultura de seguridad del paciente neutral; resaltando entre las dimensiones un alto nivel de apoyo y trato respetuoso entre ellas; y una participación neutral de los gerentes, utilizaron la encuesta AHRQ; este estudio tuvo un enfoque cuantitativo- correlacional. Así mismo, Galvao y col. (2019) analizaron la cultura de seguridad del paciente en un Hospital Universitario de Sao Paulo - Brasil, empleando diseño no experimental con una muestra de 381 trabajadores, se aplicó de manera electrónica el cuestionario Hospital Survey on patient safety Culture (HSOPS). Sus resultados muestran fragilidad en la cultura de seguridad y culpabilización sobre errores. También Najjar y col. (2018) trabajo en los hospitales de Bélgica y Palestina en más de 2800 profesionales de salud, concluyendo que en ambos hospitales es necesario trabajar con la cantidad adecuada de personal de salud y comunicación oportuna sobre errores. Mir y col. (2017), describe las actitudes de los profesionales de salud frente a la cultura de seguridad y la influencia de variables: socio- demográficas en un medio hospitalario de Barcelona España, a través del cuestionario del Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ). Los resultados evidencian que la dotación adecuada del personal de salud es la dimensión con mayor porcentaje de respuestas negativas, mientras que el trabajo en equipo presentó el mayor porcentaje de respuestas positivas. Con respecto a los eventos adversos, Zaratey col. (2017), realizaron un estudio a pacientes hospitalizados en México, bajo un estudio multicéntrico, durante 18 meses a través del instrumento SYREC, en el que concluyó que los factores relacionados con el sistema tienen más probabilidad de producir eventos adversos y es importante su identificación a fin de evitarlos.

A nivel nacional, Arrieta, Suárez, Pérez, Siu, Hakim & Qamar (2018) en los hospitales públicos y privados de Lima; a través de un estudio descriptivo no aleatorio, encontraron que la seguridad del paciente es percibida como baja y que las dimensiones que son menos valoradas por los gerentes son dotación del



personal y respuesta no punitiva a errores, sin variaciones significativas de resultados entre los años 2016 y 2018. Mori, (2018) realizó un estudio de enfoque cuantitativo, correlacional entre la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos a nivel hospitalario según el personal de enfermería, evidenció resultados regulares. Con el coeficiente de correlación de Spearman se pudo concluir que hay una relación alta, directa y significativa entre las dos variables. Al igual que, Figueroa, (2016) a través de un estudio no experimental de nivel correlacional, concluyó que existe relación entre estas variables. En cambio, Mundo, (2018) se enfocó solo al análisis de la cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de emergencia y hospitalización en una clínica privada-Lima, a través de un estudio descriptivo comparativo no experimental, con resultados que indican, que en el servicio de hospitalización tiene una mejor percepción, sin embargo, el análisis estadístico con la prueba U de Mann-Whitney no evidencia diferencia significativa, tanto para la variable en general como para sus dimensiones. Bernuy (2016) en una investigación correlacional realizada en el personal sanitario que labora en el hospital nacional de Salud Mental, menciona que hay una relación estadística directa y significativa, pero baja, entre las variables cultura de seguridad del paciente y el clima organizacional. El análisis de la variable cultura de seguridad muestra que poco más de la mitad tuvo una respuesta positiva.

A continuación, se presentan las diferentes teorías sobre las variables de estudio. Martínez, Gracia y Peiró (2018) señalan que la evolución del concepto de cultura de seguridad se remonta hasta el trágico accidente ocurrido en Chernobyl, en el año 1991, tras la creación de un grupo para supervisar la seguridad nuclear en la zona (INSAG). De acuerdo con estos autores, la cultura de seguridad son un grupo de valores y creencias que los trabajadores comparten en torno a la seguridad, priorizándolo sobre los demás aspectos laborales existentes. Es un constructo que la mayoría de los autores valida en sus teorías.

Por ejemplo, Rocco y Garrido (2017) mencionan también que la cultura de seguridad representa un conjunto de valores y normas propios de los individuos que forman parte de una organización y que implica una idea compartida que coloca a la búsqueda de la seguridad como un objetivo común, estableciendo un

compromiso entre los trabajadores y la organización para establecer programas que garanticen la seguridad de los pacientes, y que incluye factores de índole humano, técnico, organizacional y cultural.

La Organización Mundial de la Salud (2009) considera que la cultura de seguridad en una organización constituye el resultado de un conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamientos, tanto individual como colectivo, que determinan el grado de compromiso que una gestión en el campo del sector salud tiene con la seguridad de la organización.

De manera similar a la OMS, Torijano, Olivera, Saura, Maderuelo, Minué y Marcos (2010) definen a la cultura de seguridad como aquel conjunto de actitudes, valores, competencias, percepciones y patrones de conducta personal y grupal que determinan la forma en que una gestión se compromete con la seguridad del paciente. La existencia de una cultura de seguridad positiva dentro de la organización se fundamenta en la mutua confianza existente en la comunicación, así como en la validez que le otorgan a las acciones de carácter preventivo.

La definición de cultura de seguridad proporcionada por la Agencia para la Investigación y Calidad en el Cuidado de la Salud, la cual será asumida como concepto principal en la presente investigación, considera a esta como el resultado de una conjunción del producto individual y de grupo, sobre las competencias, actitudes, comportamientos y capacidades que van a generar en el individuo o grupo humano comportamientos, protocolos y niveles de seguridad dentro de la organización; sobre la base de confianza entre los trabajadores que tienen un mismo nivel de compromiso con la seguridad en el trabajo y en la confianza de la utilidad de la prevención en todos los niveles (Rockville, et al ., 2016). Por tanto en el caso del funcionamiento de una organización destinada a la atención de salud la ausencia de cultura de seguridad representa un efecto negativo, puesto que puede llegar a convertir en normas todas aquellas prácticas negativas o riesgosas que no son corregidas o erradicadas, al punto de que se vuelven habituales y aceptadas por el equipo (Rocco y Garrido, 2017).

Es importante también mencionar que la percepción de acuerdo al tipo de profesional también puede variar significativamente, encontrándose estudios en donde los tecnólogos médicos presentan mayor porcentaje de respuestas positivas, y otros en los cuales las enfermeras y los médicos presentan mejor porcentaje. Esta diferencia en las percepciones puede deberse más a la estructura, complejidad y organización del establecimiento de salud que a los tipos de profesión en sí (Camacho, 2020). Y tener en cuenta que el caso de la atención gineco-obstétrica es importante fomentar una cultura de seguridad que garantice a las gestantes y parturientas el recibir una atención de calidad, evitando la aplicación de prácticas que carecen de respaldo científico vigente por parte de un personal adecuadamente capacitado y acompañado por su pareja o un familiar que le brinde soporte emocional durante el proceso de atención (Vera, 2019).

La cultura de seguridad del paciente está conformada por doce dimensiones (Gascón y col., 2005).

La primera dimensión denominada Frecuencia de eventos notificados corresponde a la percepción que tiene el personal en torno a la notificación de eventos cuya complejidad no conduce a generar efectos adversos, que fueron descubiertos y corregidos antes, y cuya potencialidad para haber causado daño no se expresó en los resultados, ya que estaba prevista su inocuidad ( Gascón y col., 2005). Un estudio realizado en un hospital de México evidencia que aproximadamente dos de cada tres enfermeras no reportan la existencia de algún evento adverso, lo cual está estrechamente relacionado con la percepción de seguridad del paciente que tiene el personal de salud (Ramírez y González, 2017).

La segunda dimensión denominada Percepción de seguridad está dirigida a determinar si el personal considera que está trabajando por un compromiso hacia la seguridad del paciente. (Gascón y col., 2005). Existen estudios que evidencian una percepción ambigua por parte del personal de salud cuando se trata de evaluar la implementación de estrategias de seguridad del paciente, aunque esta aparente contradicción no guarda relación con los sentimientos de satisfacción que el personal expresa hacia las mismas (Reis y col., 2017).

La tercera dimensión denominada Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad representa la percepción que tiene el personal de salud acerca de la importancia que los jefes de servicio y supervisores de otorgan a la seguridad del paciente (Gascón y col., 2005). En un estudio realizado en estudiantes de enfermería españolas, se encontró que esta dimensión es una de las que presentan percepciones más positivas en lo concerniente a cultura de seguridad del paciente, aunque existe siempre un porcentaje considerable que tiene percepciones negativas al respecto como resultado de una falta de difusión y visibilización de estas actividades dentro del establecimiento de salud (García y col., 2018).

La cuarta dimensión denominada Aprendizaje organizacional y mejora continua corresponde a la actitud proactiva que se adopta en relación a la seguridad del paciente.( Gascón y col., 2005).Esta dimensión permite su fortalecimiento (Ramos, Coca y Abeldaño, 2017).

La quinta dimensión denominada Trabajo en equipo dentro de la unidad de servicio, considera que el personal de salud se apoya, trata con respeto y trabajan juntos para conseguir los objetivos de la institución en temas de cultura de seguridad del paciente.(Gascón y col., 2005). Debe resaltarse que los distintos enfoques establecidos para cada profesión tienen sus propios valores y puntos de vista disciplinarios en relación a las necesidades del paciente, así como distintas formas de comunicarse. Partiendo de esta diversidad es importante que los líderes aprovechen el interés en común que expresan los profesionales para la promoción de iniciativas que fomenten el intercambio y la colaboración en un equipo multidisciplinario (Cruz y Veloza, 2019).

La sexta dimensión denominada Franqueza en la comunicación se refiere al grado en que el personal cree que podría cuestionar libremente a quienes tienen más autoridad, sin dudarlo, cuando consideren que existe una situación que puede afectar de manera negativa a un paciente (Gascón y col., 2005). Un estudio realizado en instituciones públicas y privadas de salud en Colombia indica que esta dimensión es una de las menos valoradas por el personal, quienes perciben dificultad en establecer una comunicación directa con los directivos, siendo ligeramente superior la percepción positiva en el sector privado (Salazar y

Restrepo, 2020).

La séptima dimensión denominada Feed-back y comunicación sobre errores se refiere a que, cuando se notifica cualquier incidente el personal tiene una retroalimentación de qué tipo de actuaciones se llevaron a cabo y también en un momento dado se informa a todo el personal sobre los errores del servicio y se discute de qué manera se puede evitar (Gascón y col., 2005). El porcentaje de respuestas positivas en esta dimensión dependerá en gran medida de la forma en que la gestión contribuye a atender los errores y adopta una postura constructiva en torno a los mismos para evitar incidentes negativos en el futuro (Salazar y Restrepo, 2020).

La octava dimensión denominada Respuesta no punitiva a los errores corresponde al grado en que el personal considera que los eventos notificados no tendrá consecuencias negativas contra su persona y no se guardarán en su archivo como un antecedente que afecte sus trabajos en el futuro (Gascón y col., 2005). Evitar este tipo de sanciones repercute de manera positiva en el personal puesto que reduce en ellos el temor a realizar alguna actividad por la cual puedan sentirse culpables en el futuro, llegando a omitir posibles medidas a favor del paciente para reducir la posibilidad de cometer un error (Cruz y Veloza, 2019). A esto debe agregarse que muchos especialistas consideran que la cultura del castigo o punitiva es totalmente incompatible con gran parte de las estrategias y lineamientos relacionados con la cultura de la seguridad, por lo que la negativa a su erradicación conducirá a que esta siga predominando dentro de los contextos administrativos del sector salud (Gutiérrez, 2016).

La novena dimensión denominada Dotación de personal está relacionada con el grado en el que se considera que el personal es suficiente para el manejo adecuado de la carga laboral sin afectar la calidad de atención al paciente (Gascón y col., 2005). Un estudio realizado en Ica evidencia que las enfermeras perciben una falta de personal para cubrir la demanda que una atención de calidad exige, contando con un número de profesionales muy similar al existente hace varias décadas sin considerar el crecimiento poblacional en los últimos años, lo cual, los expone también a una falta de seguridad en el proceso de atención en salud (Ramírez, Patiño y Aguinaga, 2019). Se ha determinado que el trabajo en equipo puede cubrir

la falta de dotación de personal, razón por la cual esta dimensión en muchos estudios resulta más relevante en los resultados, ya que si a la falta de dotación de personal se le suma una falta de trabajo en equipo, es muy probable que se perciba de manera general una falta de cultura de seguridad del paciente (Ramos, Coca y Abeldaño, 2017).

La décima dimensión denominada Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente se refiere al compromiso que tienen los directivos del establecimiento de salud para fomentar una cultura de seguridad del paciente como parte de su gestión (Gascón y col., 2005). Debe destacarse que la percepción en esta dimensión suele ser distinta para cada tipo de profesional que forma parte de un mismo equipo o servicio, ya que en algunos estudios se aprecia que las enfermeras de atención quirúrgica suelen calificarla de manera más negativa en comparación con los médicos especialistas en esa misma área. Ello podría ser el resultado del mayor interés de los directivos para dotar a los médicos de equipos de protección o capacitaciones frecuentes (Bravo, 2020). Una de las barreras más influyentes en esta dimensión y que ha sido percibida por los mismos directivos en los establecimientos de salud, corresponde a la constante rotación de los médicos y enfermeras que ocupan los puestos de dirección, lo cual impide la continuidad de su gestión y el desarrollo de estrategias correctivas más efectivas a largo plazo (Giménez y col., 2017).

La undécima dimensión denominada Trabajo en equipo entre unidades o servicios se refiere a la medida en que se cooperan y coordinan entre sí las unidades para brindar una mejor atención a los pacientes (Gascón y col., 2005). Al igual que en el trabajo en equipo dentro de la unidad o servicio, la colaboración y la comunicación efectiva entre los distintos servicios representa una garantía para dar mayor seguridad al paciente y reduce los efectos negativos de algunas fallas que pudieran existir en los servicios de forma independiente (Martínez y col., 2017).

La última dimensión denominada Problemas en cambios de turno y transición entre servicios representa el grado en que la información esencial sobre la atención del paciente es transferida entre las unidades de hospitalización y durante los cambios de turno (Gascón y col., 2005). Existen estudios que evidencian que el uso de tecnología para procesar la información de las historias clínicas de manera digital

puede reducir estos problemas en el cambio de turno, ya que la información estará disponible inmediatamente y de forma confiable en los registros del computador (Morales y col., 2017).

Respecto al constructo de la segunda variable percepción de prevención de eventos adversos, Pérez- Lázaro et al. (2013) define como la identificación y eliminación de fallas, problemas y errores del proceso asistencial antes de que estos causen algún daño en el paciente. Detrás de un evento adverso (EA) puede encontrarse fallos del sistema, errores en el proceso asistencial determinadas condiciones propias del paciente que predisponen su aparición, como su edad, la gravedad de su enfermedad o alguna comorbilidad. Por ello adquiere gran relevancia la detección oportuna de los EA ocurridos con el fin de disminuir sus resultados negativos.

Jaranaz et al. (2006) consideran que, para prevenir es necesario una práctica clínica segura que exige el cumplimiento de tres objetivos de vital importancia: a) la identificación de los procedimientos clínicos, diagnósticos y terapéuticos que representan mayor seguridad y eficacia, b) el aseguramiento de que estos procedimientos son aplicados realmente en aquellas personas que los necesitan, y c) realizarlos procedimientos de una manera adecuada y evitando caer en errores. La medición del riesgo que involucran los cuidados dentro de un ambiente hospitalario representa un aspecto fundamental en el éxito del sistema de salud, y afecta tanto la dimensión sanitaria como la económica, jurídica, social y hasta la mediática. Y lo relacionan estrechamente con las investigaciones que buscan establecer asociaciones de causalidad entre dos o más variables.

El Ministerio de Salud del Perú (2016) define a esta variable como todas aquellas actividades que buscan reducir el riesgo de que los eventos adversos se presenten, abordándolos de forma temprana con el fin de reducir al mínimo los potenciales efectos nocivos y eludir su reparación disminuyendo el impacto sobre los pacientes y su entorno. (Ministerio de Salud, 2016).

Sin embargo, la omisión y el sub registro de notificaciones en torno a los eventos adversos es el resultado de una cultura punitiva vigente, razón por la cual, muchas investigaciones sobre el tema no pueden evidenciar la magnitud del problema, además de que el temor predominante de ser sancionado impide a muchos

trabajadores la aceptación de haber incurrido en un error que en el futuro debe ser enmendado para evitar su repetición. Otro aspecto que ha sido considerado por algunos investigadores es la forma en que la ocurrencia de eventos adversos puede derivar en el desarrollo del síndrome de Burnout en los profesionales de salud, considerando el impacto emocional que estos eventos generan, aunque de manera práctica no ha podido demostrarse la existencia de correlación entre ambas variables (Jiménez y col., 2018).

Respecto al modelo planteado para su clasificación se tomará a Fernández (2015), tomando como referencia los conceptos establecidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prevención de efectos adversos puede ser clasificada según el tipo de problema responsable de su origen:

La primera dimensión denominada administración clínica indica que el incidente está relacionado con “la gestión de salud entre departamentos y servicios y cuyo fin es prever, diagnosticar, planificar, programar, ejecutar y evaluar las funciones esenciales de los turnos y áreas, además de observar la eficacia de las mismas (costo-productividad)” (Fernández, 2015, p.5). Los problemas de administración suelen ser relativamente frecuentes, pero son los menos evidentes tanto para los pacientes como para los trabajadores de salud, en gran medida porque están acostumbrados a la existencia de falencias administrativas, las cuales no las consideran como algo negativo sino como algo propio del sistema en que se encuentran inmersos, y como tal, no debe reflejarse en resultados negativos para la salud del paciente (Zárate et al., 2017).

La segunda dimensión denominada Procedimientos asistenciales corresponde a los incidentes relacionados con las técnicas y/o pasos que no fueron ejecutados durante el proceso de atención integral del paciente (Fernández, 2015). La omisión de estos procedimientos puede relacionarse con la falta de experiencia del personal a cargo, así como la falta de personal para cubrir la demanda de atención en el establecimiento de salud. Por ello, para alcanzar una práctica asistencial segura es necesario cumplir con tres grandes objetivos: identificar cuáles son los procedimientos y prácticas asistenciales que ofrecen mayor seguridad y eficacia, asegurar que la aplicación de estos procedimientos sea la más adecuada y realizarlos de una forma correcta sin cometer equivocaciones (Pereira y Pereira, 2017).



La tercera dimensión denominada Errores en la documentación destaca que todo paciente que ingresa al servicio debe tener la documentación necesaria para su identificación, la cual le servirá como instrumento para cualquier procedimiento que se realice con él, y con el respaldo médico legal correspondiente (Fernández, 2015). Las deficiencias en los documentos, por un mal registro de la historia clínica o la omisión de información puede derivar en tratamientos ineficientes o inoportunos, seguimiento inadecuado de las indicaciones por parte de otros profesionales, en especial los que no tienen conocimiento previo del caso porque recién están ingresando al turno de atención. Un aspecto que influye mucho en la existencia de este tipo de errores corresponde a los datos registrados por los estudiantes de medicina, quienes muchas veces terminan realizando la anamnesis y exploración física de los pacientes sin la supervisión estricta del médico responsable, y adquiere una relevancia significativa cuando se trata de historias clínicas de pacientes con problemas en el sistema respiratorio y nervioso (Favier y col., 2016).

La cuarta dimensión denominada Errores en la medicación considera aquellos “incidentes relacionados con los medicamentos e insumos utilizados en el servicio y/o departamento. Abastecimiento adecuado, prescripciones de su uso, efectos relacionados con su administración y guías de solución de efectos adversos de los mismos” (Fernández, 2015). Muchas de estas deficiencias en la medicación están relacionadas con la inexperiencia del personal a cargo de la misma, o una saturación del personal por un número excesivo de pacientes que deben atender, lo cual puede conllevar a descuidar el tratamiento de algunos pacientes. En los últimos años se ha intentado disminuir los errores en la medicación para el caso de medicamentos peligrosos a través de la capacitación del personal con recursos tecnológicos como los aplicativos móviles, lo cual ha evidenciado resultados alentadores con miras a su uso masivo en el futuro (Misiak y col., 2020). Un estudio realizado en un hospital pediátrico de Argentina evidencia que aproximadamente 4 de cada 10 historias clínicas presenta un error en la medicación de los pacientes, siendo la más común aquellas que están relacionadas con la administración de antibióticos, seguido de la omisión en la concentración de los antipiréticos (Medina y col., 2017).

Finalmente, la quinta dimensión denominada Infección asociada a la atención

sanitaria, corresponde a los “incidentes relacionados con la presencia de infecciones asociados a la atención de la salud otorgada, derivada de las intervenciones, cuidados durante la estancia hospitalaria del paciente” (Fernández, 2015). Un estudio realizado en el personal médico y de enfermería de dos hospitales venezolanos evidencia que existen conocimientos deficientes sobre los conceptos generales en torno a este grupo de infecciones y la higiene de manos, aunque tienen un dominio amplio acerca de las precauciones estándar (Guevara y col., 2017). Por otro lado, en Colombia se ha calculado que el aumento en los costos que genera este grupo de infecciones supera los 1100 dólares, de los cuales aproximadamente el 40% es representado por el tratamiento antibiótico y el 13,5% corresponde a las pruebas de laboratorio (Ortiz, 2019). Para reducir este tipo de eventos adversos en el futuro se está investigando la utilidad de la nanotecnología, ya que el uso de fibras textiles reforzadas con nanopartículas de metal y óxido de metal representan una alternativa por su efecto antimicrobiano, con lo cual reducen la propagación de gérmenes patógenos, especialmente en áreas de exposición más riesgosa como las quirúrgicas (Zapata y col., 2018).

### **III. Metodología**

#### **3.1 Tipo y diseño de investigación.**

##### **Tipo de investigación**

El estudio se realizó con un enfoque cuantitativo por la recolección de datos en base a la medición numérica para poder aceptar o rechazar la hipótesis y de tipo básica por que tiene el objetivo de presentar nuevos conocimientos sin contrastarlo con la realidad (Salgado- Lévano, 2018; Hernández-Sampieri, 2018).

##### **Diseño de investigación**

Es un diseño no experimental por qué se midió a las variables tal cual se presentó en el momento de la investigación; tipo trasversal por la recolección de datos que se hizo en un momento determinado; correlacional no causal por que determina la relación entre ambas variables y el grado que las une sin especificar si es causal o no (Salgado-Lévano, 2018; Hernández-Sampieri, 2018).

#### **3.2. Variables y operacionalización**

##### **3.2.1. Variable 1. Cultura de seguridad del paciente**

###### **Definición conceptual**

Es el resultado de una conjunción del producto individual y de grupo, sobre las competencias, actitudes, comportamientos y capacidades que van a generar en el individuo o grupo humano comportamientos, protocolos y niveles de seguridad dentro de la organización; sobre la base de confianza entre los trabajadores que tienen un mismo nivel de compromiso con la seguridad en el trabajo y en la confianza de la utilidad de la prevención en todos los niveles. (Rockville y col., 2016, p.185).

###### **Definición operacional**

Se considera doce dimensiones, las cuales están representadas en los 42 ítems que contiene el instrumento elegido para la investigación (Gascón y col., 2005): (Ver anexo 1)

### **3.2.2. Variable 2. Prevención de eventos adversos**

#### **Definición conceptual.**

Son todas aquellas actividades que buscan reducir el riesgo de que los eventos adversos se presenten, abordándolos de forma temprana con el fin de reducir al mínimo los potenciales efectos nocivos y eludir su reparación disminuyendo el impacto sobre los pacientes y su entorno. (Ministerio de Salud, 2016).

#### **Definición operacional.**

Para medir la prevención de eventos adversos se empleará la clasificación basada en los tipos de problemas que lo originan. (Fernández, 2015), priorizando cinco dimensiones que abordan los problemas más frecuentes. El instrumento que medirá esta variable cuenta con 18 ítems, agrupadas en las siguientes dimensiones: (1) Administración clínica, constituida por seis ítems; (2) Procedimientos asistenciales, formada por cuatro ítems, que corresponden a aquellos incidentes relacionados con las técnicas y/o pasos que no se realizaron durante la atención integral del paciente; (3) Errores en la documentación, formado por tres ítems, que indica que todo paciente que ingresa al servicio debe tener toda la documentación que le lo identifique; (4) Errores en la medicación, formado por tres ítems, que abordan incidentes relacionados con los medicamentos e insumos empleados en el servicio y/o departamento, abastecimiento adecuado, prescripciones de su uso, efectos relacionados con su administración y guías de solución de efectos adversos de los mismos, y, (5) Infección asociada a la atención sanitaria, que considera dos ítems.

### **3.3. Población, muestra, muestreo.**

#### **3.3.1. Población.**

La población de estudio estará constituida por 70 personales de salud del departamento de Gineco- Obstetricia que se encuentra trabajando durante el año 2020.

- **Criterios de inclusion.**

Personal de salud que tenga una continuidad laboral mínima de un año consecutivo en cualquiera de las unidades del departamento de Gineco- Obstetricia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas

Consentimiento informado para la aplicación de los instrumentos.

- **Criterios de exclusion.**

Personal de salud que tenga menor de un año de permanencia de trabajo en el Hospital sub regional de Andahuaylas.

Que hayan respondido con errores los instrumentos.

### **3.3.2. Muestra.**

No hay muestra por el tamaño pequeño de la población. Es de tipo censal (Hernández et al., 2014) y está constituido por 70 profesionales de salud del departamento de Gineco-Obstetricia. Que cumplan con los criterios estimados de inclusión y exclusión.

### **3.3.3. Unidad de análisis**

La unidad de análisis en la investigación está constituida por cada uno de los profesionales de salud del departamento de Gineco-Obstetricia y representa la población de estudio.

## **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

**3.4.1.** La técnica utilizada fue la encuesta directa en esta investigación para permitir recolección sistemática de la información de las variables.

**3.4.2.** Para la primera variable cultura de seguridad del paciente se empleará como instrumento de recolección de datos el Cuestionario sobre seguridad de los pacientes del Hospital SurveyonPatient Safety, cuya versión en idioma español fue elaborada por Gascón y col. (2005) en Madrid. Para el caso de la prevención de eventos adversos se usará un instrumento basado en la clasificación establecida por el tipo de problemas que lo originan (Fernández, 2015). Todos los ítems del cuestionario se responden a una escala tipo Likert, con 5 opciones que van desde Nunca con valor 1 hasta el Siempre con valor 5. (Ver anexo 3).

### 3.4.3. Validación y confiabilidad del instrumento.

Validez de los instrumentos.

Es la confiabilidad del grado que tiene el instrumento para medir realmente la variabilidad (Hernández et al., 2014). Para determinar la validez basada en el contenido se empleó el juicio de 3 expertos. Los resultados evidenciaron que los instrumentos presentan suficiente evidencia de validez basada en el contenido, pues los expertos las consideraron aplicables. (Los instrumentos, validez y confiabilidad se encuentran en los anexos 05 y 08).

Tabla 1

Validez de contenido del cuestionario sobre seguridad de los pacientes

Expertos	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Calificación
<i>Juez 1</i>	si	si	si	Aplicable
<i>Juez 2</i>	si	si	si	Aplicable
<i>Juez 3</i>	si	si	si	Aplicable

Tabla 2

Validez de contenido del cuestionario de Percepción de la prevención de eventos adversos.

Expertos	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Calificación
<i>Juez 1</i>	si	si	si	Aplicable
<i>Juez 2</i>	si	si	si	Aplicable
<i>Juez 3</i>	si	si	si	Aplicable

Confiabilidad de los instrumentos.

Se empleó el Coeficiente Alfa de Cronbach el cual es el método de elección para evaluar la consistencia interna de los datos que se recolectaron mediante los instrumentos validados; se aplicó la prueba en el profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital sub Regional de Andahuaylas.

Tabla 3

Confiabilidad de los instrumentos – Alfa de Cronbach

Instrumento	Alfa de Cron Bach	Nº de ítems
Cuestionario sobre seguridad de los pacientes	0.776	42
<i>Prevención de eventos adversos.</i>	0,927	18

Fuente: Propia

### **3.5. Procedimiento**

Se solicitó la autorización para la aplicación de la encuesta en el departamento de gineco-obstetricia a los responsables del Hospital de Andahuaylas. La aplicación de la encuesta tuvo consentimiento informado a cada uno de los participantes de la investigación; luego se realizó el análisis estadístico, se presenta los resultados, las discusiones y respectivas conclusiones, en función de las cuales se realizarán las recomendaciones respectivas.

### **3.6. Método de análisis de datos.**

Los datos serán analizados con el paquete estadístico SPSS versión 25 en dos etapas: el análisis descriptivo, mediante el cual los resultados se presentarán en tablas de frecuencias. Para establecer la estadística inferencial, y considerando la naturaleza cualitativa de las variables de estudio, se asumirá que las mismas no cuentan con una distribución normal, y por ello para la prueba de contrastación de las hipótesis se usará el Coeficiente Rho de Spearman, la cual mide la correlación entre dos variables y que requiere básicamente de un nivel de medición ordinal, de tal manera que las encuestas de la muestra puedan ser ordenadas por rangos. Para la aceptación o rechazo de las hipótesis se considerará un nivel de significación teórica ( $\alpha$ ) de 5% o 0,05, y la regla de decisión considera dos opciones: Si  $p \geq \alpha$ , aceptar la  $H_0$ ; si  $p < \alpha$ ; rechazar la  $H_0$ .

### **3.7. Aspectos éticos**

La investigación se establece con los principios éticos y morales de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo y las especificaciones propias de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud. Al momento de la investigación se solicita el permiso y autorización respectiva a la dirección del Hospital Sub regional de Andahuaylas, y el permiso a cada uno de los participantes de la investigación.

## IV: RESULTADOS

### 4.1. Resultados descriptivos

Tabla N° 04

Niveles de la cultura de seguridad del paciente

<i>Cultura de seguridad del paciente</i>	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	22	31,4%
Neutral	37	52,9%
Positivo	11	15,7%
Total	70	100,0%

En la tabla 04 se observa que el 52,9% del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia percibe que la cultura de seguridad del paciente es neutral, el 31,4% considera que la cultura de seguridad es negativa y solo el 15.7% considera que es positiva.



Tabla N° 05

*Cultura de seguridad del paciente, y sus dimensiones*

Cultura de seguridad del paciente	Negativo		Neutral		Positivo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Frecuencia de eventos notificados	29	41,4%	29	41,4%	12	17,1%	70	100,0%
Percepción de seguridad	29	41,4%	34	48,6%	7	10%	70	100,0%
Expectativas y acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes	26	37,1%	36	51,4%	8	11,4%	70	100,0%
Aprendizaje organizacional - mejoras continuas	30	42,9%	31	44,3%	9	12,9%	70	100,0%
Trabajando en equipo dentro de las unidades	28	40,0%	34	48,6%	8	11,4%	70	100,0%
Franqueza en la comunicación	29	41,4%	35	50%	6	8,6%	70	100,0%
Feed-back y comunicación sobre errores	34	48,6%	33	47,1%	3	4,3%	70	100,0%
Respuesta no punitiva a errores	29	41,4%	36	51,4%	5	7,1%	70	100,0%
Dotación de personal	24	34,3%	34	48,6%	12	17,1%	70	100,0%
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	31	44,3%	29	41,4%	10	14,3%	70	100,0%
Trabajo en equipo entre unidades	25	35,7%	35	50%	10	14,3%	70	100,0%
Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	27	38,6%	27	38,6%	16	22,9%	70	100,0%

En la tabla N° 05. Se observa que el porcentaje de nivel de neutralidad es alto en la mayoría de las dimensiones; como el 51.4% del profesional de salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, percibe que la importancia que se da a la seguridad del paciente por parte de los jefes de servicio y supervisores es de tipo neutral, solo el 11,4% percibe que es positiva y el 37,1% restante que es negativa, de igual forma con un 51.4% perciben neutralidad en las respuestas no punitivas a los errores a esto le sigue la dimensión trabajo en equipo entre unidades también percibida en un 50% como neutral e indiferente.

La dimensión Feed-back y comunicación sobre errores por parte de los superiores o jefes fue percibida por poco más de 48% como negativa y solo en la dimensión problemas en cambio de turno y transiciones entre servicio perciben que no hay mucho problema, clasificándola como positiva con más del 22%..

Tabla N° 06

*Prevención de eventos adversos*

<i>Auto Percepción sobre la prevención de eventos adversos</i>	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	22	31,4%
Aceptable	28	40,0%
Fuerte	20	28,6%
Total	70	100,0%

En la tabla N° 06 se observa que el 40% del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia auto percibe una prevención de eventos adversos aceptable, el 31,4 % auto percibe una prevención de eventos adversos baja y solo el 28.6% auto percibe una prevención de eventos adversos fuerte.

Tabla N°07

*Autopercepción sobre la prevención de eventos adversos y sus dimensiones*

Autopercepción sobre la prevención de eventos adversos	Bajo		Aceptable		Fuerte		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Administración clínica	23	32,9%	26	37,1%	21	30,0%	70	100,0%
Procedimientos asistenciales	23	32,9%	21	30,0%	26	37,1%	70	100,0%
Errores de documentación	25	35,7%	24	34,3%	21	30,0%	70	100,0%
Errores de medicación	30	42,9%	12	17,1%	28	40,0%	70	100,0%
Infección asociada a la atención sanitaria	23	32,9%	13	18,6%	34	48,6%	70	100,0%

En la tabla N°07, se observa que el 48.6% del personal auto percibe que hay una fuerte prevención de eventos adversos en relación a las infecciones asociadas a la atención de salud, solo el 18,6% que es aceptable y el 32.9% que es baja. Más del 42% auto percibe baja prevención de eventos adversos relacionados con los errores en la medicación, seguido de los errores en la documentación con un 35.7% que también auto perciben baja prevención eventos adversos.

## Prueba estadística para determinar la normalidad

Tabla N° 08

*Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra*

	N	Estadístico de prueba	P
Cultura de seguridad del paciente	70	,080	,200
Auto percepción sobre la prevención de eventos adversos	70	,150	,001
Administración clínica	70	,155	,000
Procedimientos asistenciales	70	,174	,000
Errores de documentación	70	,151	,000
Errores de medicación	70	,134	,003
Infección asociada a la atención sanitaria	70	,251	,000

### Crterios para determinar normalidad

Prueba de Kolmogorov-Smirnov

$P \geq 0.05$  = Los datos provienen de una distribución normal

$P < 0.05$  = Los datos no provienen de una distribución normal

En la tabla 08 se observa que todas las dimensiones y la variables percepción sobre la prevención de eventos adversos no tiene distribución normal, porque P es menor que  $\alpha = 0.05$ , por lo tanto aplicare una prueba no paramétrica Rho de Spearman para éste estudio, como se muestra a continuación.

## 4.2. Prueba hipótesis

### 4.2.1. Contrastación de la hipótesis general

Ho: No existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y auto percepción sobre la prevención de eventos adversos.

Ha: Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y auto percepción sobre la prevención de eventos adversos.

Tabla 09

*Relación de la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos*

		Auto percepción sobre la prevención de eventos adversos		
		N	Coefficiente de correlación	P
Rho de Spearman	Cultura de seguridad del paciente	70	,542**	,000

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla 09. Se muestra que  $P = ,000 < ,01$ , por tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta que existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la autopercepción sobre la prevención de eventos adversos según el profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas. El valor de  $Rho = ,542^{**}$ , indica que la relación es directa y moderada.

#### 4.2.2. Contrastación de la hipótesis específica 1

Tabla N°10

Contrastación de hipótesis específica 1

		Administración clínica		
		N	Coeficiente de correlación	P
Rho de Spearman	Cultura de seguridad del paciente	70	,525**	,000

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla N°10. Se muestra que  $P = ,000 < ,01$ , se rechaza la hipótesis nula y acepta que existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la administración clínica según el profesional de la salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas. El valor de  $Rho = ,525^{**}$ , indica que la relación es directa y moderada.

### 4.2.3. Contrastación de la hipótesis específica 2

Tabla N° 11

Contrastación de hipótesis 2

		Procedimientos asistenciales		
		N	Coeficiente de correlación	P
Rho de Spearman	Cultura de seguridad del paciente	70	,430**	,000

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla N° 11 se muestra que  $P = ,000 < ,01$ ; lo que indica que se rechaza la hipótesis nula y que existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y procedimientos asistenciales según el profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas.

El valor de  $Rho = ,430^{**}$ , indica que la relación es directa y moderada.

#### 4.2.4. Contrastación de la hipótesis específica 3

Tabla N° 12

Contrastación de hipótesis específica 3

		Errores de documentación		
		N	Coefficiente de correlación	P
Rho de Spearman	Cultura de seguridad del paciente	70	,401**	,001

\*\*la correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En la tabla N°12 se muestra que  $P = ,001 < ,01$ ; lo que indica que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y errores de documentación según el profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas. El valor de  $Rho = ,401^{**}$ , indica que la relación es directa y moderada.



#### 4.2.5. Contrastación de la hipótesis específica 4

Tabla N° 13

Contrastación de hipótesis específica 4

		Errores de medicación		
		N	Coeficiente de correlación	P
Rho de Spearman	Cultura de seguridad del paciente	70	,364**	,002

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

En la tabla N° 13 se muestra que  $P = ,002 < ,01$ ; lo que indica que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y los errores en la medicación según los profesionales de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas.

El valor de  $Rho = ,364^{**}$ , indica que la relación es directa y baja.

#### 4.2.6. Contrastación de la hipótesis específica 5.

Tabla N° 14

Contrastación de hipótesis específica 5

		Infección asociada a la atención sanitaria		
		N	Coeficiente de correlación	P
Rho de Spearman	Cultura de seguridad del paciente	70	,288*	,016

\*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla N° 14, se muestra que  $P = ,016 < 0.05$  lo que indica es que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la infección asociada a la atención sanitaria según el profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas. El valor de  $Rho = ,288^*$ , indica que la relación es directa y baja

## V. DISCUSIÓN

A continuación se presentan las discusiones de la investigación, la cual inicia con el análisis de la implicancia de la información encontrada, seguidamente la contrastación de la información adquirida con otras investigaciones nacionales e internacionales relacionadas y por último se llega a presentar las limitaciones más importantes.

Como resultado de la investigación se encontró que el 52,9% del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas percibe que la cultura de seguridad del paciente es neutral (indiferente). También se encontró que el 31,4% percibe que la cultura de seguridad es negativa y solo el 15.7% restante la percibe como positiva. Concluyendo que la percepción general sobre el nivel de cultura de seguridad del paciente es neutral, en el que se reconoce una ausencia de cultura de seguridad y tiene un efecto negativo en la atención de salud llegando a convertirse en prácticas riesgosas aceptadas por el personal de salud (Rocco y Garrido, 2017), sobre todo en la atención en el departamento de gineco-obstetricia, el cual debe garantizar a la gestante y parturienta una atención de calidad evitando la aplicación de prácticas no seguras con una atención especializada y personal capacitado (Vera, 2019).

Arrieta y col. (2018) en sus investigaciones en hospitales públicos y privados de Lima tuvieron resultados de una cultura de seguridad baja, lo que podríamos concluir que aún falta implementar y fortalecer la cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud a nivel del Perú, de la misma forma el estudio que realizó Mori (2018), y que reportó resultados casi coincidentes de una cultura de seguridad regular. A partir de estos hallazgos se puede sustentar la necesidad de realizar más investigaciones en torno a la cultura de seguridad del paciente y el establecimiento de alternativas que permitan su conocimiento y aceptación por parte del personal de salud y los directivos, así como su inclusión en la programación de capacitaciones que se realizan en los establecimientos de salud.

La base de una cultura de seguridad positiva es la confianza mutua que existe en la comunicación (OMS, Torijano y col, 2010), pero en los resultados de la investigación muestran que el 50% percibe que la franqueza en la comunicación es neutral indiferente lo que respalda a una cultura de seguridad neutral a esto se suma negativamente la actitud no pro activa de la gerencia en la seguridad.

En relación a la dimensión que presento el mayor porcentaje como negativa, corresponde Feed-back y comunicación sobre errores por parte de los superiores o jefes, dicho resultado fue similar al reportado por Martínez (2016) en personal de enfermería de un centro quirúrgico en un Hospital Nacional de Lima, en el cual sólo se encontraba por debajo de los problemas relacionados con la comunicación. Ello conlleva a la necesidad de potenciar las habilidades de comunicación entre el personal que conforma el equipo multidisciplinario de atención, y la necesidad de que forme parte indispensable de las estrategias de mejora no sólo en el Hospital de Andahuaylas, sino en otros establecimientos a nivel nacional que presenten complejidad y características similares.

Debe considerarse además, que las percepciones de cultura de seguridad del paciente no son las mismas en las distintas áreas que existen en los establecimientos de salud, siendo estas más notorias en el caso de los servicios de emergencia (Figuroa, 2016) y centros de atención primaria (Camacho y Jaimes, 2018), debido a su mayor exposición a condiciones que pueden poner en riesgo la salud del personal y el paciente. Por otro lado, también debe destacarse que la mayoría de estudios publicados han considerado como población de estudio al personal de enfermería, marginando en sus encuestas al resto de personal, especialmente los obstetras, quienes en el caso del servicio de ginecoobstetricia tienen una mayor participación. Y, aunque en el presente estudio su nivel de respuesta no pudo ser comparado con el de las enfermeras, puede ser motivo de análisis en futuras investigaciones, en la que se cuenten con ambos tipos de profesionales.

Siguiendo el tema de discusión con la segunda variable, la percepción de prevención de eventos adversos, en el estudio se presenta que el 40% del profesional de salud del departamento de Gineco-obstetricia percibe una

prevención de eventos adversos aceptable, el 31,4 % percibe una prevención de eventos adversos baja y solo el 28.6% percibe una prevención de eventos adversos fuerte. Ello demuestra que no existe una percepción homogénea del personal hacia esta variable, lo cual debe ser motivo de investigación para el futuro, así como la evaluación de los factores que pueden estar asociados a esta situación, entre ellos la cultura de seguridad del paciente. Y al igual que con la variable anterior, estos resultados pueden depender en gran medida del lugar elegido para el estudio y el profesional que forma parte de la población de estudio. Jiménez y col. (2018) por ejemplo, encontraron que, entre los profesionales de salud que laboran en un establecimiento del sector privado, la experiencia de eventos adversos está asociada a un mayor cuadro de estrés laboral, que deriva en la aparición de síndrome de Burnout, lo cual también puede ser motivo de análisis en futuras investigaciones.

En relación a la hipótesis general, los resultados obtenidos indican que existe una correlación moderada y significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la autopercepción sobre la prevención de eventos adversos en el profesional de la salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2020 (Rho de Spearman=0,542). Este resultado es muy similar a los reportados por Figueroa (2016) en su tesis magistral realizada en el personal de enfermería del Hospital Santa Rosa, y a los resultados obtenidos por Mori (2018) en su tesis magistral realizada en el personal de enfermería del servicio de emergencia del Hospital de Vitarte; aunque en ambos estudios se encontró una correlación alta, con valores para el coeficiente de Rho de Spearman de 0,781 y 0,812, respectivamente. Es posible que un análisis de las correlaciones para cada tipo de profesional que conforma el equipo interdisciplinario permita entender mejor las diferencias que existen entre las percepciones, ya que los niveles de responsabilidad ante los eventos adversos no son los mismos.

Asimismo, la percepción de la cultura organizacional también puede variar de acuerdo al servicio en donde se realice la investigación, tal como indica Mundo (2018), quien encontró una mejor percepción de seguridad en el personal que se encuentra en hospitalización, en comparación con el que trabaja en emergencia, dentro de un establecimiento privado de salud. Najjar y col. (2018) con una muestra

formada por dos poblaciones de profesionales de la salud, culturalmente distintas, de Bélgica y Palestina, encontró que el trabajo en equipo, la dotación de personal y la retroalimentación y la comunicación sobre errores se comportan como predictores para la notificación de errores en ambos países. Sin embargo, sólo para Palestina se encontró un valor significativo para las dimensiones aprendizaje organizacional y mejora continua y apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente. Ello evidencia que las características culturales del personal de salud afecta el comportamiento de estas variables y su relación.

En relación a la primera hipótesis específica, el estudio evidencia que existe una correlación moderada y significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la administración clínica en el profesional de la salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2020 (Rho de Spearman=0,525). Un resultado que complementa este hallazgo es el mencionado por Hernández (2019), en su estudio realizado en Colombia, quien manifiesta que los factores administrativos son los más comunes para la presencia de eventos adversos en las instituciones prestadoras de servicios de salud, por encima de los errores cometidos por el personal. Por ello, dicho autor considera que la pieza clave para las propuestas de mejora en torno a este problema es la optimización del proceso de gestión administrativa. En este aspecto, debe fortalecerse el trabajo en equipo y multidisciplinario de los jefes de departamentos de medicina, obstetricia, enfermería, quienes muchas veces adoptan medidas o estrategias dirigidas exclusivamente al grupo profesional que representan, y no basados en una coordinación previa de la distribución de funciones y responsabilidades dentro del servicio, en beneficio de las usuarias y los recién nacidos.

Para el caso de la segunda hipótesis específica, los resultados indican que existe una correlación moderada y significativa entre la cultura de seguridad del paciente y procedimientos asistenciales en el profesional de la salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020 (Rho de Spearman=0,430). Un resultado relacionado fue encontrado por Zárte y col. (2017) quienes concluyeron que los procedimientos asistenciales eran los eventos adversos más frecuentes, especialmente aquellos que correspondían al cuidado del paciente, y que según la mayoría de enfermeras eran ocasionados por factores de tipo

administrativo y del trabajo. De estos resultados puede deducirse que la gestión administrativa de una institución de salud debe promover la cultura de seguridad del paciente como parte de sus actividades prioritarias.

Para el caso de la tercera hipótesis específica, los resultados indican que existe una correlación moderada y significativa entre la cultura de seguridad del paciente y los errores de documentación en el profesional de la salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020 (Rho de Spearman=0,401). A partir de este resultado se puede deducir que una percepción baja de cultura de seguridad del paciente en el personal de salud produce también una menor actitud de prevención hacia los errores de documentación, los cuales están relacionados con el llenado apropiado de las historias clínicas. La poca importancia que algunos profesionales le dan a este documento se traduce en la ligereza con que es llenado, y en algunos casos, con errores que pueden traducirse en una administración inadecuada de los medicamentos. Estos defectos suelen ser visibles sólo cuando se realizan auditorías en las historias clínicas, por lo que esta actividad debe ser programada de manera periódica como parte de la cultura de seguridad del paciente.

En relación a la cuarta hipótesis específica, el estudio evidencia que existe una correlación moderada y significativa entre la cultura de seguridad del paciente y los errores en la medicación en el profesional de la salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020 (Rho de Spearman=0,364). Un estudio relacionado fue realizado por Macías y col. (2020) en las áreas de urgencias de medicina interna y observación de pacientes adultos de un hospital español, en donde encontró que la frecuencia de errores de administración de medicamentos es del 19%, ligeramente superior al 14% que era reportado al sistema de notificación de eventos adversos; siendo la velocidad de administración incorrecta el error más común, presente en dos de cada tres casos. Afortunadamente, dichos errores no generaron alguna complicación de gravedad en los pacientes. Debe por ello, fortalecerse las actividades de supervisión y monitoreo del cumplimiento de las indicaciones médicas, con el propósito de verificar si los registros de eventos adversos notificados en este aspecto, son similares a los que se detectan de manera externa, y detectar así posibles su

registros en la información de esta clase de errores, antes de que conlleve a una complicación grave en la salud de las gestantes, puérperas o recién nacidos, que están bajo el cuidado del equipo de salud.

En relación a la quinta hipótesis específica, el estudio muestra que existe una correlación baja y significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la infección asociada a la atención sanitaria en el profesional de la salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2020 (Rho de Spearman= 0,288). De forma similar, Carvajal y col. (2017), en su estudio realizado en distintas instituciones de salud de Bolivia, encontraron que el principal factor que se relaciona con los altos porcentajes de eventos adversos en cuanto a infecciones asociadas a la atención sanitaria es la falta de conocimiento acerca de las medidas de prevención y control, así como de los protocolos existentes. La cultura de seguridad del paciente juega así un papel importante para que, tanto el profesional de salud como los directivos, adopten una actitud más positiva hacia el mejoramiento de este problema. Tomando en cuenta las graves complicaciones a las que puede conllevar la presencia de infecciones hospitalarias en los servicios de ginecoobstetricia, es necesario que en esta dimensión se cuente con un programa auxiliar de capacitaciones al personal responsable del cuidado de la paciente durante las etapas de gestación y puerperio, así como en el cuidado del recién nacido, actividades que suelen ser divididas entre el personal de obstetricia y enfermería, respectivamente.

También es importante indicar que la principal limitación en cuanto a los resultados obtenidos es que el estudio se presentó cuando los establecimientos de salud adoptaban medidas para combatir la propagación del covid-19, y es posible que este panorama haya contribuido a que gran parte del personal haya adoptado una actitud más positiva hacia la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos, en comparación con periodos anteriores, en los que estas variables eran vistas con menor interés.

Entonces cabría la pregunta, ¿el contexto actual de covid19, ha sensibilizado a los trabajadores sobre la cultura de la seguridad y por ende en la prevención de eventos adversos? En base a la experiencia personal, podría indicarse que, en el tema de cultura de seguridad los trabajadores de salud se han tenido que adecuar a las altas



normas de bioseguridad y estas han generado que exista de por sí una prevención de eventos adversos. Ello ha conllevado a su vez a una posible relación entre ambas variables, la cual coincide con los resultados del estudio, pero no puede inferirse necesariamente que esto es producto de la coyuntura actual del Covid 19, ya que estos resultados coinciden también con otros trabajos que fueron realizados antes de la pandemia y que se consideraron en la revisión bibliográfica realizada en la presente investigación.

## V. CONCLUSIONES

La cultura de seguridad el paciente tiene una relación moderada y significativa con la percepción sobre la prevención de eventos adversos (Rho de Spearman=0,542) en el personal de la salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2020.

La cultura de seguridad del paciente tiene una relación moderada y significativa con la administración clínica (Rho de Spearman=0,525) en el personal de la salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2020.

La cultura de seguridad del paciente tiene una relación moderada y significativa con los procedimientos asistenciales (Rho de Spearman=0,430) en el personal de la salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2020.

La cultura de seguridad del paciente tiene una relación moderada y significativa con los errores de documentación (Rho de Spearman=0,401) en el personal de la salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2020.

La cultura de seguridad del paciente tiene una relación moderada y significativa con los errores en la medicación (Rho de Spearman=0,364) en el personal de la salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2020.

La cultura de seguridad del paciente tiene una relación baja y significativa con la infección asociada a la atención sanitaria (Rho de Spearman= 0,288) en el personal de la salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, 2020.

## **VI. RECOMENDACIONES**

Profundizar la investigación, a través del uso de regresión logística para determinar cuáles son las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente que se comportan mejor como predictoras para la prevención de los eventos adversos.

Realizar capacitaciones continuas a los profesionales que ocupan puestos de jefatura para mejorar la gestión de la administración clínica, incluyendo en sus sesiones los conceptos relacionados con la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos.

Revisar mediante observación directa los procedimientos asistenciales realizados por el personal de salud con el fin de detectar potenciales eventos adversos en los pacientes, especialmente entre los trabajadores que tienen un menor nivel de cultura de seguridad del paciente.

Programar auditorías periódicas para determinar la calidad con que se llenan las historias clínicas y la frecuencia con que se presentan errores de llenado que pudieran conllevar a la aparición de eventos adversos.

Replicar esta investigación en otros hospitales de la región Apurímac, para determinar semejanzas y diferencias entre sus resultados, y comparar además, la frecuencia y los tipos de errores en la medicación que existen.

Investigar el nivel de conocimiento que tiene el personal de salud acerca de los protocolos vigentes en el establecimiento para la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria, y determinar en qué medida estas se relacionan con su percepción de cultura de seguridad del paciente.

## REFERENCIAS

- Aibar, C. y Aranaz, J. (2015). Formación en seguridad del paciente y prevención de los eventos adversos en la asistencia sanitaria. <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/formacion-seguridad-paciente-prevencion-eventos-adversos-asistencia-sanitaria/>
- Alrowely, Z & Baker.O.G. (diciembre de 2019). Evaluación de los componentes básicos de la cultura de seguridad del paciente: una evaluación cuantitativa de Arabia Saudita. *Risk Management and Healthcare Policy* , 2019(12), 275-285. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S223097>
- Arrieta, A., Hakim, G., Pérez, C., Hugo Siu, H., Neves, C., Qamar, A. (octubre de 2019). Encuesta Healthcare Management Americas 2018 sobre la cultura de seguridad del paciente en el Perú. *Acta méd. Peru*, 36(4). [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172019000400011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172019000400011&script=sci_arttext)
- Bernuy. M. (2016). *Clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima 2016*. [Tesis de titulación] para optar Grado Academico de "Magister en gestion de Servicios de la Salud", Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Post Grado, Lima. Recuperado el 31 de Agosto del 2020. <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/6958>
- Bravo, M., Arboleda, L., Arguello, D., Moreno, X., Vega, M., Naranjo, D., Carvajal, R. (noviembre de 2020). Cultura de seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno infantil. *Revista Cubana De Enfermería*, 36(1): e3155. Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3155/545>
- Burstin, H., Meyer, G., Denham, Ch., Angood, P., Battles,J., Bonacum,D., Cohen M., Carayon, P., Daley,J., Hunt, D.,MacDonald, M., McAuliffe, M., Morath, J., Pronovost, P& Romano, P.(2003) Safe Practices for Better

Healthcare.[https://www.qualityforum.org/Publications/2009/03/Safe\\_Practices\\_for\\_Better\\_Healthcare%E2%80%932009\\_Update.aspx](https://www.qualityforum.org/Publications/2009/03/Safe_Practices_for_Better_Healthcare%E2%80%932009_Update.aspx)

Camacho, DE. (2020). Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. *Hacia. Promoc. Salud.*, 25 (1): 141-153. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.1.11>

Camacho, D., & Jaimes, N. (2018). Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(1). <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245>

Carvajal, A. E., Carón, R., Mattos, P. & Soloaga, R. (2017). Factores en la Atención hospitalaria responsables de las Infecciones Nosocomiales en Instituciones Sanitarias de las Ciudades de La Paz y el Alto. *Revista médica de Risaralda*, 23(2), 34-37. <https://doi.org/10.22517/25395203.15121>

Corrigan, J. M. & los miembros NQF Safe practices consensus committee.(2009).Safe Practices for Better Healthcare– 2009 Update. ISBN 978-1-933875-23-1: 8-79.[https://www.qualityforum.org/Publications/2009/03/Safe\\_Practices\\_for\\_Better\\_Healthcare%E2%80%932009\\_Update.aspx](https://www.qualityforum.org/Publications/2009/03/Safe_Practices_for_Better_Healthcare%E2%80%932009_Update.aspx)

Cruz, J. Veloza, M. C. (2019). La seguridad del paciente en un hospital de Bogotá, percepción del profesional de Enfermería. *Revista Investigaciones Andina*, 21(39), 9-20.<https://revia.areandina.edu.co/index.php/IA/article/view/1552>

Da Silva- Gama,Z.A., de Souza-Oliveira, A. C., Saturno- Hernández, P. J.(2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles.*Cad. Saúde Pública*,298.<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000200015>

Favier, TMA, Dorsant, RLC, Franklin, SC, Garbey, C., Sotomayor, O. (2016). Errores más frecuentes en historias clínicas cometidos por estudiantes de tercer año de Medicina. *RIC*, 95(2),234-242.<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73797>

Fernández, S.B (2015). Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. México: Boletín CONAMED-OPS 03.

[http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos\\_adversos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf)

Figuroa- Cortez, M.F. (2016) Cultura de seguridad del paciente por las enfermeras y su relación con los eventos adversos en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa Pueblo Libre. [TESIS] para optar Grado Academico de "Magister en gestion de Servicios de la Salud", Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Post Grado. <http://hdl.handle.net/20.500.12692/7105>

Galvão- Freire, T., Lopes-Couteiro, M.C., Oliva-Carrilho, C.C., Araujo- De Almeida, M.E., Silva-tolentino, M. ( 2018) . Patient safety culture in a university hospital. *Rev. LatinoAm. Enfermagem*.2018;26:e3014 . <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>

García, S., Gómez, F., González, A. L., Luque, A., Medina, O., Meza, A., ... & Torres, G. (2018). Percepción sobre la cultura de seguridad clínica en los ámbitos de práctica referida por estudiantes de enfermería de la Facultad de Enfermería de Albacete-Universidad Castilla La Mancha-España. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNNE*, 38(2), 39-48.<http://181.15.198.188/index.php/med/article/view/64>

Gascón- Cánovas, J .J., Saturno-Hernández, P. J., y Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente –CUSEP. (2005). Cuestionario sobre seguridad de los pacientes Versión española del Hospital Survey on Patient Safety. *Madrid-España: Ministerio de Sanidad ,Consumo y Universidad de Murcia*.<https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>

Giménez, T., Hernández, I., Aibar, C., Gutiérrez, I., Febrel, M. (2017). Cultura de la seguridad del paciente en directivos y gestores de un servicio de salud. *Gaceta Sanitaria*, 31, 423-426.<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.01.009>

Guevara, A., Ieni, M., Ortega, L, Gascón, C., Tedesco, M.R. (2017). Conocimiento sobre infecciones asociadas a la atención sanitaria en un hospital de

Venezuela. *Enf Infec Microbiol.*, 37(3), 87-94.  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86137>

Gutiérrez, S. (2016). ¿ Se necesita un esfuerzo para reemplazar la cultura punitiva por la de seguridad del paciente?. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(3), 173-176.  
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.09.007>

Hernández, A. (2019). *Estrategias de cultura para el reporte de eventos adversos en las IPS del AMB con miras al fortalecimiento del turismo en salud en el AMB*. [Tesis Magistral] Universidad Cooperativa de Colombia.  
[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/13185/1/2019\\_Estrategia\\_a\\_Cultura\\_Reporte.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/13185/1/2019_Estrategia_a_Cultura_Reporte.pdf)

Hernández-Sampieri, R., Mendoza-Torres, C.P. (2019). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Mexicana Reg. No. 736.

IBEAS(2010). Red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica,  
[https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas\\_report\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf?ua=1)

Jiménez, E. Y., Alayola, A., Mancebo, A., Campos, M. (2018). Eventos adversos y burnout en profesionales de una clínica de atención primaria. *Revista CONAMED*, 23(2): 66-72.  
<http://eds.b.ebscohost.com/eds/Citations/FullTextLinkClick?sid=2d54e72e-9242-4065-bba0-a92263cb52fd@pdc-v-sessmgr02&vid=0&id=pdfFullText>

Macías, M., & Solís, L. (2020). Errores en la administración de medicación en un servicio de urgencias: conocer para disminuir el riesgo. *Revista Española de Salud Pública*, 92, e201806038.  
<https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e201806038/>

Martínez, M., Gracia, F.J y Peiró, J. M. (2018) Human safety performance in high reliability organizations: the case of the nuclear industry. *Papeles del Psicólogo*, 39(3). 183.  
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2869>

Martínez, C. R., Agudelo, J., Areiza, S. M., & Giraldo, D. M. (2017). Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. *Civilizar Ciencias*

- Medina, M. C., Clivio, N., Etchechoury, M. A., Italia Cenere, M. B., Davenport, C. (2017). Errores de prescripción médica en pacientes internados en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. *Revista Pediátrica Elizalde*, 8, 1-2. [https://apelizalde.org/revistas/2017-1-2-ARTICULOS/RE\\_2017\\_1-2\\_AO\\_5.pdf](https://apelizalde.org/revistas/2017-1-2-ARTICULOS/RE_2017_1-2_AO_5.pdf)
- Ministerio de salud. (2016, 03 de mayo) Decreto Supremo N°003- IGSS/V.1. Ronda de seguridad y gestión del riesgo para la seguridad del paciente. [http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/ogc/RJ\\_393\\_IGSS\\_2016.pdf](http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/ogc/RJ_393_IGSS_2016.pdf)
- Mir, R., Falcó, A., de la Puente, M, L. (2017) Actitudes frente a la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario y variables correlacionadas. *Gac Sanit*, 31(2):145–149, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.019>
- Misiak, M., Vieira, F., Radünz, Vera, R. Costa, V., Ilha, P., Favero, T. (2020). Aplicativo móvil para prevenção de erros de medicação: PREVMED. *Ciencia y enfermería*, 26, 4. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532020000100401>
- Morales, J.C., Aranda, J.M., Cala, S.M. (2017). Proposal of a technological solution to overcrowding in emergency departments of Bogotá, Colombia. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*, 28(2), 1-10. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307-21132017000200003&lng=es&tlng=](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-21132017000200003&lng=es&tlng=)
- Mori, N.R (2018) Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017. [TESIS] para optar Grado Academico de "Magister en gestion de Servicios de la Salud", Universidad Cesar Vallejo, Escuela de PostGrado. [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12905/Mori\\_YNR.pdf?sequence=1](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12905/Mori_YNR.pdf?sequence=1)
- Mundo, M. (2018) Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada-lima 2018. [TESIS] para optar Grado Academico de "Magister en gestion de Servicios de



la Salud", Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Post Grado.  
<http://hdl.handle.net/20.500.12692/31315>

Najjar, Shahenaz., Baillien, Elfi., Vanhaecht, Kris., Hamdan, Motasem., Euwema, Martín., Vleugels, Arthur., Sermeus, Walter., Schrooten, Ward., Hellings Johan., Vlayen, Annemie. (2018) Similitudes y diferencias en las asociaciones entre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente y los resultados autoinformados en dos entornos culturales diferentes: un estudio transversal nacional en hospitales palestinos y belgas. *BMJ abierto/ Journal of investigative medicina*,8(7). [https://doi.org/10.1136 / bmjopen-2018-021504](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021504)

Organización mundial de la salud. (2010). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. [https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)

Ortiz, J.L., Pineda, I.G., Dennis, R.J., Porras, Al. (2019). Attributed costs of health care-associated infections in a Colombian hospital, 2011- 2015. *Biomédica*, 39(1), 102-112. <https://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v39i1.4061>

Pereira, M<sup>a</sup> C., Pereira, M. (2017). Efectos adversos: por un cuidado seguro. *Enfermería Nefrológica*, 20(Supl. 1), 94. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2254-28842017000500094&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842017000500094&lng=es&tlng=es)

Pérez-Lázaroa, J.J.,Fernández-Ruiz, I., Tejedor-Fernández.M., Guerra de Hoyos, J.A., Pazzis Die de Ortega, M., Insausti-Valdivia, J., Rodríguez-López, M., Romero- Cotelo, J,y Gálvez-Mateos,R. (2013) Prevención de eventos adversos para la seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor crónico. *Rev. Española de Anestesiología Reanimación*, 263(11),<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2012.12.010>.

Ramírez, M.E., González, A.. (2017). Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enfermería universitaria*, 14(2), 111-117. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.006>

- Ramírez, N. P., Patiño, M. A., & Aguinaga, W. A. A. (2019). Cultura de seguridad del paciente de las enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ica– 2017. *Revista Enfermería la Vanguardia*, 7(2), 41-48. <https://doi.org/10.35563/revan.v7i2.204>
- Ramos, F., Coca, S.M., Abeldaño, R.A.. (2017). Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería universitaria*, 14(1), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.004>
- Reis, G., Hayakawa, L., Murasaki, A.C., Matsuda, L., Gabriel, C.S. y Oliveira, M. (2017). Nurse manager perceptions of patient safety strategy implementation. *Texto & Contexto -Enfermagem*, 26(2), e00340016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017000340016>
- Rizo, J.N. (2017). Taxonomía de incidentes y eventos adversos: instrumento de apoyo a la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente. *CONAMED-OPS*, 12,5-7, <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin12/taxonomia.pdf>
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>
- Salazar, A., Restrepo, D.M. (2020). Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. *Revista Cuidarte*, 11(2): e1040. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1040>
- Sorra J, Gray L, Streagle S, Famolaro, T., Yount, N., Behm, J. (2016) AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. AHRQ Publication No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
- Torijano, Olivera, Saura, Maderuelo, Minué, Marcos., (2010) La seguridad del paciente: cultura de seguridad en Atención Primaria. *Revista clínica Electrónica en Atención*

Primaria.18.[https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap\\_a2010m10n18/rceap\\_a2010m10n18a2.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2010m10n18/rceap_a2010m10n18a2.pdf)

Vera, E. (2019). Patient-centered care of childbirth. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 65(1), 51-56. <https://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v65i2152>

Villarreal, J.Z., Gómez, D., Bosques, F.B. (2011). To err is human. *Medicina Universitaria. Facultad de Medicina UAN*. 13(51): 69-71. <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-pdf-X1665579611240505>

Zapata, J., Botero, L.E., Mejía, M.L, Escobar, N., Ortiz, I., Galeano, U., Beatriz J., Hoyos, L.M., & Cuesta, D. (2018). Textiles funcionales como barrera de protección ante infecciones asociadas a la atención en salud. *Revista EIA*, 15(29), 13-29. <https://dx.doi.org/10.24050/reia.v15i29.1166>

Zarate, R & et al. (Diciembre de 2017). Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. (277-285, Ed.) *Enfermería Universitaria*, 14(4). <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>

## **Anexos**

### **Anexo 3**

#### **Matriz de operacionalización de variables**

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

**TÍTULO: “Cultura de seguridad del paciente y autopercepción sobre la prevención de eventos adversos del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020”**

**AUTOR: Delia Betzabe Chávez Reynaga**

Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variables				
¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y la autopercepción sobre la prevención de eventos adversos del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020?	Establecer la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la autopercepción sobre la prevención de eventos adversos del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020?	Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y la auto percepción sobre la prevención de eventos adversos del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020.	Variable 1: Cultura de seguridad del paciente				
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicador</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala</b>	<b>Nivel y rangos</b>
			Frecuencia de eventos notificados	Notificación de errores que no afectan al paciente	40 41		
				Notificación de errores que podrían afectar al paciente	42		
			Percepción de seguridad	Ritmo de trabajo	15 18		
				Efectividad de los procedimientos	10 17		
			Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad.	Reconocen al personal por seguir procedimientos de seguridad	19 20		
				Consideran las sugerencias del personal para mejorar la seguridad	21		
				Dan importancia a los problemas			
Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas					
¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y la administración clínica del profesional de salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020?	Establecer la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la administración clínica del profesional de salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020.	Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y la administración clínica del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020.					
¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y procedimientos asistenciales del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020?	Establecer la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y procedimientos asistenciales del profesional de salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020.	Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y procedimientos asistenciales del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020.					
¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y errores en la documentación del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020?	Establecer la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y errores en la documentación del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020.	Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y errores en la documentación del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020.					

¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y errores en la medicación del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020?	Establecer la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y errores en la medicación del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020.	Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y errores en la medicación del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020.		de seguridad del paciente	22	Casi siempre= 4  Siempre = 5																							
¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y la infección asociada a la atención sanitaria del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020?	Establecer la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la infección asociada a la atención sanitaria del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020?	Existe relación entre la cultura de seguridad del paciente y la infección asociada a la atención sanitaria del profesional de salud del departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020.	Aprendizaje organizacional/Mejora continua	Actividades de mejora en la seguridad del paciente  Evaluación de las actividades de mejora	6 9  13				Casi siempre= 4  Siempre = 5																				
			Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio	Trabajo en equipo  Respeto	1 3 11 4							Casi siempre= 4  Siempre = 5																	
			Franqueza en la comunicación	Comunicación libre  Comunicación franca sin temor	35 37  39										Casi siempre= 4  Siempre = 5														
			Feed-back y comunicación sobre errores	Información sobre errores  Discusión de mejora sobre errores  Sociabilización de acciones de mejora	36  38  34													Casi siempre= 4  Siempre = 5											
			Respuesta no punitiva a los errores	Respuesta punitivas de los errores	8 12 16																Casi siempre= 4  Siempre = 5								
			Dotación de personal	Personal suficiente	2 5 7 14																			Casi siempre= 4  Siempre = 5					
			Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	La gerencia se involucra antes de sucesos adversos	23 30																						Casi siempre= 4  Siempre = 5		

	La gerencia se involucra después de los sucesos adversos	31		
Trabajo en equipo entre Unidades / Servicios	Hay trabajo en equipo	26 32		
	No hay trabajo en equipo	24 28		
Problemas en cambios de turno y transición entre servicios	Problemas de la información en las Transferencias	25 29		
	Problemas de la información Transiciones de turno	27		
		33		

**Variable 2: Autopercepción sobre la prevención de eventos adversos**

Dimensión	Indicador	Ítems	Escala	Nivel y rangos
Administración clínica	1.- Ingreso	1	Totalmente en desacuerdo = 1	Fuerte (80-89)
	2. Derivación/internconsulta	2		
	3.- Respuesta a urgencia.	3		
	4. Consentimiento Informado	4	En desacuerdo = 2	Aceptable (74-78)
	5. Relevo o cambio de turno	5		
		6		
Procedimientos asistenciales	1. Cribado/prevención reconocimiento sistémico	7	Indeciso=3	Bajo (57,5-71)
	2. Diagnóstico/Evaluación	8		
	3. Procedimiento/intervención	9	De acuerdo=4	
	4. Análisis/pruebas	10		



			<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Errores en la documentación</td> <td>1. Pedidos y solicitudes</td> <td>11</td> <td rowspan="3">Totalmente de acuerdo=5</td> </tr> <tr> <td>2. Historia clínica y componentes</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>3. Herramientas de identificación</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Errores en la medicación</td> <td>1. Prescripción</td> <td>14</td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>2. Preparación</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>3. Conservación</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Infección asociada a la atención sanitaria</td> <td>1.- Medidas de asepsia.</td> <td>17</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>2.-Practica de lavado de manos</td> <td>18</td> </tr> </table>	Errores en la documentación	1. Pedidos y solicitudes	11	Totalmente de acuerdo=5	2. Historia clínica y componentes	12	3. Herramientas de identificación	13	Errores en la medicación	1. Prescripción	14		2. Preparación	15	3. Conservación	16	Infección asociada a la atención sanitaria	1.- Medidas de asepsia.	17		2.-Practica de lavado de manos	18
Errores en la documentación	1. Pedidos y solicitudes	11	Totalmente de acuerdo=5																						
	2. Historia clínica y componentes	12																							
	3. Herramientas de identificación	13																							
Errores en la medicación	1. Prescripción	14																							
	2. Preparación	15																							
	3. Conservación	16																							
Infección asociada a la atención sanitaria	1.- Medidas de asepsia.	17																							
	2.-Practica de lavado de manos	18																							

Variable 1	Definición conceptual	Autor y año	Referencia	
<b>Cultura seguridad del paciente</b>	La cultura de seguridad es producto de valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determina el compromiso, estilo de una organización, basado en la confianza mutua y comprensión sobre la importancia de la seguridad del paciente a través de acciones preventivas .	Rockville, et al. (2016).	Rockville, W., Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., Behm, J.(2016) Hospital survey on patient Safety cultura. <i>AHRQ Publication No. 15(16)-0049-EF</i> . <a href="https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf">https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf</a>	
<b>Dimensiones de la variable 1</b>		Rockville, et al.(2016).	Rockville, W., Sorra, J., Gray, L., Streagle, S., Famolaro, T., Yount, N., Behm, J.(2016) Hospital survey on patient Safety cultura. <i>AHRQ Publication No. 15(16)-0049-EF</i> . <a href="https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf">https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf</a>	<b>Instrumento</b>
<b>Frecuencia de eventos notificados</b>	Es la percepción acerca de las notificación de eventos que no llegan a producir efectos adversos (descubiertos y corregidos antes, que podrían haber causado daño pero no lo hicieron, y que previsiblemente no producirían daño).			CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)
<b>Percepción de seguridad</b>	Se usa para medir si se tiene o no la percepción de estar trabajando comprometiendo la seguridad, refiriéndose a causas concretas como son el ritmo de trabajo y la efectividad de los procedimientos existentes para evitar errores en la asistencia.	Gascón, et al.(2005)	Gascón- Cánovas, J.J., Saturno-Hernández, P. J., y Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente –CUSEP. (2005). Cuestionario sobre seguridad de los pacientes Versión española del Hospital Survey on Patient Safety. <i>Madrid-España: Ministerio de Sanidad, Consumo y Universidad de Murcia</i> . <a href="https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf">https://www.msccbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf</a>	
<b>Expectativas y acciones de la dirección/supe</b>	Representa la percepción que se tiene sobre la importancia que se da a la seguridad del paciente por parte de los jefes de servicio y			

<b>revisión que favorecen la seguridad</b>	supervisores.			
<b>Aprendizaje organizacional/ Mejora continua</b>	Es la actitud proactiva en relación a la seguridad del paciente			
Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio	El personal se apoya, se trata con respeto y trabajan juntos como un equipo			
<b>Franqueza en la comunicación</b>	Referido al grado en que el personal cree que podría cuestionar libremente a quienes tienen más autoridad sin dudar en una situación que ven que podría afectar negativamente a un paciente			
<b>Feed-back y comunicación sobre errores</b>	Es cuando al notificar algún incidente el personal tiene una retroalimentación de qué tipo de actuaciones se llevaron a cabo y también en un momento dado se informa a todo el personal sobre los errores del servicio y se discute de qué manera se puede evitar.			
<b>Respuesta no punitiva a los errores</b>	Es el grado en que el personal considera que los eventos notificados no tendrá consecuencias contra él y no se guardan en su archivo			
<b>Dotación de personal</b>	Tiene que ver con el grado en el que hay suficiente personal para manejar la carga laboral brindando la mejor atención al paciente.			
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Es el grado en que la dirección del hospital ofrece un clima laboral que promueva la seguridad del paciente			
<b>Trabajo en equipo entre Unidades / Servicios</b>	Se refiere en la medida en que se cooperan y coordinan entre sí las unidades para brindar la mejor atención a los pacientes			

<b>Problemas en cambios de turno y transición entre servicios</b>	Es el grado en que la información esencial sobre la atención del paciente se transfiere entre las unidades de hospitalización y durante los cambios de turno			
---	--	--	--	--

Variable 2	Definición conceptual	Autor y año	Referencia	
<b>Auto percepción de Prevención de eventos adversos</b> <b>Definición conceptual</b>	Son las actuaciones para reducir riesgos de aparición de eventos adversos, que el personal de salud considera que realiza de forma precoz para minimizar daños y evitar su reparación reduciendo su impacto (Pérez et al., 2012; MINSA, 2016)	Pérez, et al. (2016).  Ministerio de salud (2016)	Pérez-Lázaroa, J.J.,Fernández-Ruiz, I., Tejedor-Fernández.M., Guerra de Hoyos, J.A., Pazzis Die de Ortega, M., Insausti-Valdivia, J., Rodríguez-López, M., Romero- Cotelo, J,y Gálvez-Mateos,R. (2013) Prevención de eventos adversos para la seguridad del paciente en las unidades de tratamiento del dolor crónico. <i>Rev. Española de Anestesiología Reanimación</i> , 263(11), <a href="http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2012.12.010">http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2012.12.010</a> .  Ministerio de salud. (2016, 03 de mayo) Decreto Supremo N°003-IGSS/V.1. Ronda de seguridad y gestión del riesgo para la seguridad del paciente. <a href="http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/ogc/RJ_393_IGSS_2016.pdf">http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/ogc/RJ_393_IGSS_2016.pdf</a>	
<b>Dimensiones de la variable 2</b>		<b>OMS., ( 2010)</b>	Organización mundial de la salud. (2010). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente Versión 1.1. <a href="https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf">https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf</a>	<b>Instrumento</b>
<b>Administración clínica</b>	Incidente que está relacionado con la gestión de salud entre departamentos y servicios y cuyo fin es prever, diagnosticar, planificar, programar, ejecutar y evaluar las funciones esenciales de los turnos y áreas, además de observar la eficacia de las mismas			CUESTIONARIO SOBRE Prevención de eventos adversos
<b>Limitaciones asistenciales</b>	Eventos relacionados con las técnicas y/o pasos que no se realizaron durante la atención integral del paciente.	<b>CONAMED-OPS., 2015 /2017</b>	Fernandez-Cantón, S.B (2015). Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. <b>CONAMED-OPS,03,5.</b> <a href="http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf">http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf</a>	
<b>Errores en la documentación</b>	Todo paciente que ingresa al servicio debe tener toda la documentación que le			

	lo identifique y que por tema médico legal sirva de instrumentos para cualquier procedimiento que realice con él.		
<b>Errores en la medicación</b>	Incidentes relacionados con los medicamentos e insumos utilizados en el servicio y/o departamento. Abastecimiento adecuado, prescripciones de su uso, efectos relacionados con su administración y guías de solución de efectos adversos de los mismos		Rizo-Amézquita, J.N. (2017). <b>Taxonomía de incidentes y eventos adversos: instrumento de apoyo a la Clasificación Internacional de Seguridad del Paciente.</b> <i>CONAMED-OPS, 12,5-7.</i> <a href="http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin12/taxonomia.pdf">http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin12/taxonomia.pdf</a>
<b>Infección asociada a la atención sanitaria</b>	Incidentes relacionados con la presencia de infecciones asociados a la atención de la salud otorgada, derivada de las intervenciones, cuidados durante la estancia hospitalaria del paciente		

**Anexo 4**  
**Instrumentos de recolección de datos**

**Cultura de Seguridad del paciente.** Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente  
 1= Muy en desacuerdo 2= En desacuerdo 3= Indiferente 4= De acuerdo 5= Muy de acuerdo  
**Sección A: Su Servicio/Unidad – Cultura de seguridad del paciente**  
 Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

1. El personal se apoya mutuamente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad del paciente”.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 En desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo

19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
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.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

## Sección B: Su Hospital

Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes **afirmaciones referidas a su hospital**

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

## Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

Con qué **frecuencia** ocurren las siguientes circunstancias **en su servicio/unidad de trabajo**

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	1 NUNCA	2 CASI NUNCA	3 A VECES	4 CASI SIEMPRE	5 SIEMPRE

36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 NUNCA	<input type="checkbox"/> 2 CASI NUNCA	<input type="checkbox"/> 3 A VECES	<input type="checkbox"/> 4 CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> 5 SIEMPRE

### Sección D: Información complementaria

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.										
MÍNIMA SEGURIDAD										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44. Hombre ( ) Mujer ( ) Edad ( ) DNI:.....										
45. ¿En qué año empezó a trabajar en este hospital?										En el año....
46. ¿En qué año empezó a trabajar en su servicio?										En el año....
47. ¿Cuántas horas por semana trabaja habitualmente en este hospital?										..... horas/semanas
48. Durante el último año ¿Cuántos incidentes ha notificado por escrito?										.....incidentes
49. ¿En su puesto de trabajo mantiene habitualmente un contacto directo con los pacientes?										1 SI 2 NO
50. ¿Cuál es su principal servicio o unidad de trabajo en su hospital? Marque una sola respuesta.										
( ) Emergencia Obstétrica					( ) hospitalización					
( ) Centro obstétrico					( ) puerperio					
( ) Unidad de Cuidados especiales Obstétricos					( ) Ginecología					



## Instrumento 2

### INSTRUMENTO DE LA Auto percepción de Prevención de eventos adversos

Marque con un aspa (X) la respuesta que considere acertada con su punto de vista, según las siguientes alternativas

1. Nunca. 2. Casi Nunca 3. A veces 4. Casi siempre 5. Siempre

Nº	ITEMS	1	2	3	4	5
<b>Dimensión 1 Administración clínica</b>						
1	Pacientes cuentas con la pulsera correctamente identificadas					
2	Se cuenta con formatos de consentimientos informados en el servicio y/o departamento					
3	Los consentimientos informados están correctamente llenado y firmados					
4	Se registra a las pacientes antes de su ingreso a la unidades					
5	Las interconsultas a otro departamento son atendidas oportunamente y de manera completa.					
6	Cumples con realizar un reporte escrito con ocurrencias de incidentes y accidentes					
<b>Dimensión 2: Procedimientos asistenciales</b>						
7	Cumple con el llenado adecuado de la historia clínica					
8	Evalúa y/o reconoce a la paciente a su ingreso al servicio /unidad.					
9	Se sigue en la atención bajo una guía estandarizada elaborada por el servicio/departamento.					
10	La paciente ingresa con todas las pruebas de laboratorio precisadas en el protocolo del servicio					
<b>Dimensión 3: Errores en la documentación</b>						
11	Cuenta la historia clínica con los formatos correspondientes de los procedimientos realizados.					
12	Se cumple con el llenado de los documentos acerca de los actuados con la paciente.					
13	Existe documentación visible en el servicio sobre procedimientos asistenciales y/o administrativos (MAPRO; MOF, GUIAS)					
<b>Dimensión 4: Errores en la medicación</b>						
14	La historia clínica cuenta con la indicación médica prescrita correctamente llenada e identificada y con lo necesario para la administración.					
15	Cumples con tiempos y pasos durante la preparación de medicamentos u otros insumos en el servicio para cada paciente					
16	Se cumple con las normas técnicas de conservación de medicamentos y otros insumos en el servicio					
<b>Dimensión 5: Infección asociada a la atención sanitaria</b>						
17	Cumples con el uso adecuado y con medidas de asepsia en los diferentes procedimientos					
18	Cumples con el lavado de manos con los pasos adecuados y momentos.					

¡Muchas gracias por su colaboración!

**Anexo 5**  
**Certificado de validez**

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1 Frecuencia de eventos notificados</b>							
1	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	X		X		X		
2	Se notifica los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	X		X		X		
3	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2 Percepción de seguridad</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
4	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	X		X		X		
5	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia	X		X		X		
6	No se producen más fallos por casualidad	X		X		X		
7	En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3 Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad</b>	X		X		X		
8	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
9	Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
10	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		
11	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 4 Aprendizaje organizacional/Mejora continua</b>	X		X		X		
12	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
13	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se lleva a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	X		X		X		
14	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	X		X		X		
	<b>DIMENSION 5 Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio.</b>	X		X		X		
15	El personal se apoya mutuamente.	X		X		X		
16	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	X		X		X		

17	Cuando alguien está sobre cargado, suele encontrar ayuda en los compañeros.	X		X		X		
18	En esta unidad nos tratamos con respeto.	X		X		X		
	<b>DIMENSION 6 Franqueza en la comunicación</b>	X		X		X		
19	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		
20	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	X		X		X		
21	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	X		X		X		
	<b>DIMENSION 7 Feed-back y comunicación sobre errores</b>	X		X		X		
22	Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	X		X		X		
23	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	X		X		X		
24	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error se vuelva a ocurrir.	X		X		X		
	<b>DIMENSION 8 Respuesta no punitiva a los errores</b>	X		X		X		
25	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	X		X		X		
26	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable.	X		X		X		
27	Cuando se comente un error, el personal teme que eso quede en su expediente	X		X		X		
	<b>DIMENSION 9 Dotación de personal</b>	X		X		X		
28	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	X		X		X		
29	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	X		X		X		
30	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	X		X		X		
31	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa.	X		X		X		
	<b>DIMENSION 10 Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</b>	X		X		X		
32	La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	X		X		X		
33	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	X		X		X		
34	La gerencia/ dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	X		X		X		
	<b>DIMENSION 11 Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios</b>	X		X		X		

35	Hay una buena cooperación entre las unidades servicios que tienen que trabajar conjuntamente	X		X		X	
36	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	X		X		X	
37	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.	X		X		X	
38	Suele resultar incomodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	X		X		X	
	<b>DIMENSION 12</b> Problemas en cambios de turno y transición entre servicios	X		X		X	
39	La información de los pacientes se pierde en parte cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	X		X		X	
40	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	X		X		X	
41	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	X		X		X	
42	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de tueno (P33)	X		X		X	

**Observaciones (precisar si hay suficiencia): ES SUFICIENTE**

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

**Apellidos y nombres del juez validador.** Dr. / Mg: MILUSKA VEGA GUEVRA                      **DNI:** 28284526

**Especialidad del validador:** Metodología de la investigación

<sup>1</sup> **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup> **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup> **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

**29 de octubre del 2020**



-----  
**Firma del Experto Informante.**

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA AUTO PERCEPCION SOBRE LA PREVENCIÓN DE EVENTOSADVERSOS

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1. Administración clínica</b>							
1	Los pacientes cuentan con la pulsera correctamente identificada	X		X		X		
2	Se cuenta con formatos de consentimientos informados en el servicio y/o departamento	X		X		X		
3	Los consentimientos informados están correctamente llenados y firmados.	X		X		X		
4	Se registra a las pacientes antes de su ingreso a la unidades	X		X		X		
5	Las interconsultas a otro departamento son atendidas oportunamente y de manera completa.	X		X		X		
6	Cumple con realizar un reporte de turno escrito con ocurrencias de incidentes y accidentes.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2 Procedimientos asistenciales</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
4	Cumple con el llenado adecuado de la historia clínica.	X		X		X		
5	Evalúa y/o reconoce a la paciente a su ingreso al servicio /unidad.	X		X		X		
6	Se sigue en la atención bajo una guía estandarizada elaborada por el servicio/departamento.	X		X		X		
7	La paciente ingresa con todas las pruebas de laboratorio precisadas en el protocolo del servicio.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3 Errores en la documentación.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
8	Cuenta la historia clínica con los pedidos o solicitudes por algún procedimiento realizado.	X		X		X		
9	Cumple con el llenado de los documentos acerca de los actuados con la paciente.	X		X		X		
10	Existe documentación visible en el servicio sobre procedimientos asistenciales y/o administrativos.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 4 Errores en la medicación</b>	X		X		X		

11	Se cumple con las recetas prescritas por los profesionales debidamente identificadas y con lo necesario para el paciente.	X		X		X		
12	Cumple con tiempos y pasos durante la preparación de medicamentos u otros insumos en el servicio para cada paciente.	X		X		X		
14	Se cumple con las normas técnicas de conservación de medicamentos y otros insumos en el servicio	X		X		X		
	<b>DIMENSION 5 Infección asociada a la atención sanitaria</b>	X		X		X		
15	Cumple con el uso adecuado y con medidas de asepsia en los diferentes procedimientos	X		X		X		
16	Cumple con el lavado de manos con los pasos adecuados y momentos.	X		X		X		

**Observaciones (precisar si hay suficiencia): ES SUFICIENTE**

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

**Apellidos y nombres del juez validador.** Dr. / Mg: MILUSKA VEGA GUEVRA                      **DNI:** 28284526

**Especialidad del validador:** Metodología de la investigación

- <sup>1</sup> **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup> **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- <sup>3</sup> **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

**29 de octubre del 2020**



-----  
**Firma del Experto Informante.**

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

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1 Frecuencia de eventos notificados</b>							
1	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	/		/		/		
2	Se notifica los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	/		/		/		
3	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente	/		/		/		
	<b>DIMENSIÓN 2 Percepción de seguridad</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
4	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	/		/		/		
5	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia	/		/		/		
6	No se producen más fallos por casualidad	/		/		/		
	En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente.	/		/		/		
	<b>DIMENSIÓN 3 Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
8	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	/		/		/		
9	Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	/		/		/		
10	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	/		/		/		
11	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	/		/		/		
	<b>DIMENSIÓN 4 Aprendizaje organizacional/Mejora continua</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
12	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	/		/		/		
13	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se lleva a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	/		/		/		
14	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	/		/		/		
	<b>DIMENSION 5 Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio.</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
15	El personal se apoya mutuamente.	/		/		/		
16	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	/		/		/		
17	Cuando alguien está sobre cargado, suele encontrar ayuda	/		/		/		



	en los compañeros.						
18	En esta unidad nos tratamos con respeto.	✓		✓		✓	
	<b>DIMENSION 6 Franqueza en la comunicación</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
19	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad	✓		✓		✓	
20	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	✓		✓		✓	
21	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	✓		✓		✓	
	<b>DIMENSION 7 Feed-back y comunicación sobre errores</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
22	Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	✓		✓		✓	
23	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	✓		✓		✓	
24	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error se vuelva a ocurrir.	✓		✓		✓	
	<b>DIMENSION 8 Respuesta no punitiva a los errores</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
25	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	✓		✓		✓	
26	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable.	✓		✓		✓	
27	Cuando se comente un error, el personal teme que eso quede en su expediente	✓		✓		✓	
	<b>DIMENSION 9 Dotación de personal</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
28	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	✓		✓		✓	
29	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	✓		✓		✓	
30	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	✓		✓		✓	
31	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa.	✓		✓		✓	
	<b>DIMENSION 10 Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
32	La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	✓		✓		✓	
33	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	✓		✓		✓	
34	La gerencia/ dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	✓		✓		✓	
	<b>DIMENSION 11 Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
35	Hay una buena cooperación entre las unidades servicios que tienen que trabajar conjuntamente	✓		✓		✓	

36	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	✓		✓		✓	
37	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.	✓		✓		✓	
38	Suele resultar incomodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	✓		✓		✓	
	<b>DIMENSION 12</b> Problemas en cambios de turno y transición entre servicios	Si	No	Si	No	Si	No
39	La información de los pacientes se pierde en parte cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	✓		✓		✓	
40	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	✓		✓		✓	
41	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	✓		✓		✓	
42	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de tueno (P33)	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): EL INSTRUMENTO ES APLICABLE

Opinión de aplicabilidad:    Aplicable     Aplicable después de corregir     No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: EMILIO VEGA GONZALES

DNI: 80651413

Especialidad del validador: D. CARRERA E. INVESTIGACIÓN EN SALUD

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup>Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

<sup>3</sup>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

14 de 11 del 2020

  
 Obet. Emilio Vega Gonzales  
 Maestro en Docencia e Investigación  
 en Salud  
 Experto Informante.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE  
AUTO PERCEPCION SOBRE LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS**

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1. Administración clínica</b>							
1	Pacientes cuentas con la pulsera correctamente identificada	✓		✓		✓		
2	Se cuenta con formatos de consentimientos informados en el servicio y/o departamento	✓		✓		✓		
3	Los consentimientos informados están correctamente llenados y firmados.	✓		✓		✓		
4	Se registra a las pacientes antes de su ingreso a la unidades	✓		✓		✓		
5	Las interconsultas a otro departamento son atendidas oportunamente y de manera completa.	✓		✓		✓		
6	Cumples con realizar un reporte de turno escrito con ocurrencias de incidentes y accidentes.	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 2 Procedimientos asistenciales</b>	Si	No	Si	No	Si	No	
7	Cumple con el llenado adecuado de la historia clínica.	✓		✓		✓		
8	Evalúa y/o reconoce a la paciente a su ingreso al servicio /unidad.	✓		✓		✓		
9	Se sigue en la atención bajo una guía estandarizada elaborada por el servicio/departamento.	✓		✓		✓		
10	La paciente ingresa con todas las pruebas de laboratorio precisadas en el protocolo del servicio.	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 3 Errores en la documentación.</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
11	Cuenta la historia clínica con los pedidos o solicitudes por algún procedimiento realizado.	✓		✓		✓		
12	Cumple con el llenado de los documentos acerca de los actuados con la paciente.	✓		✓		✓		
13	Existe documentación visible en el servicio sobre procedimientos asistenciales y/o administrativos.	✓		✓		✓		
	<b>DIMENSIÓN 4 Errores en la medicación</b>							
14	Se cumple con las recetas prescritas por los profesionales debidamente identificadas y con lo necesario para el paciente.	✓		✓		✓		

15	Cumples con tiempos y pasos durante la preparación de medicamentos u otros insumos en el servicio para cada paciente.	✓		✓		✓	
16	Se cumple con las normas técnicas de conservación de medicamentos y otros insumos en el servicio	✓		✓		✓	
<b>DIMENSION 5 Infección asociada a la atención sanitaria</b>							
17	Cumples con el uso adecuado y con medidas de asepsia en los diferentes procedimientos	✓		✓		✓	
18	Cumples con el lavado de manos con los pasos adecuados y momentos.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): EL INSTRUMENTO ES APLICABLE

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./Mg: YEA GONZALEZ, EMILIO OSWALDO

DNI: 80651413

Especialidad del validador: DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN SALUD

- <sup>1</sup>**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- <sup>2</sup>**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- <sup>3</sup>**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

  
 14 de 11 del 2020  
 .....  
 Obst. Emilio Yaga Gonzales  
 Maestro en Docencia e Investigación  
 en Salud  
 15102  
 Firma del Experto Informante.

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1 Frecuencia de eventos notificados</b>							
1	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	X		X		X		
2	Se notifica los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente	X		X		X		
3	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2 Percepción de seguridad</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
4	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	X		X		X		
5	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia	X		X		X		
6	No se producen más fallos por casualidad	X		X		X		
7	En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3 Expectativas y acciones de la dirección/supervisión que favorecen la seguridad</b>	X		X		X		
8	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
9	Mi superior/jefe tiene en cuenta seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
10	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		
11	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 4 Aprendizaje organizacional/Mejora continua</b>	X		X		X		
12	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
13	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se lleva a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	X		X		X		
14	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	X		X		X		
	<b>DIMENSION 5 Trabajo en equipo dentro de la unidad/servicio.</b>	X		X		X		
15	El personal se apoya mutuamente.	X		X		X		
16	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo	X		X		X		



17	Cuando alguien está sobre cargado, suele encontrar ayuda en los compañeros.	X		X		X		
18	En esta unidad nos tratamos con respeto.	X		X		X		
	<b>DIMENSION 6 Franqueza en la comunicación</b>	X		X		X		
19	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		
20	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	X		X		X		
21	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta	X		X		X		
	<b>DIMENSION 7 Feed-back y comunicación sobre errores</b>	X		X		X		
22	Cuando notificamos algún incidente nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	X		X		X		
23	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	X		X		X		
24	En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error se vuelva a ocurrir.	X		X		X		
	<b>DIMENSION 8 Respuesta no punitiva a los errores</b>	X		X		X		
25	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	X		X		X		
26	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un culpable.	X		X		X		
27	Cuando se comente un error, el personal teme que eso quede en su expediente	X		X		X		
	<b>DIMENSION 9 Dotación de personal</b>	X		X		X		
28	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	X		X		X		
29	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	X		X		X		
30	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	X		X		X		
31	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa.	X		X		X		
	<b>DIMENSION 10 Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</b>	X		X		X		
32	La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	X		X		X		
33	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	X		X		X		
34	La gerencia/ dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	X		X		X		
	<b>DIMENSION 11 Trabajo en equipo entre Unidades/Servicios</b>	X		X		X		

35	Hay una buena cooperación entre las unidades servicios que tienen que trabajar conjuntamente	X		X		X	
36	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas	X		X		X	
37	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.	X		X		X	
38	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/ unidades.	X		X		X	
	<b>DIMENSION 12</b> Problemas en cambios de turno y transición entre servicios	X		X		X	
39	La información de los pacientes se pierde en parte cuando estos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	X		X		X	
40	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	X		X		X	
41	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	X		X		X	
42	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de tueno (P33)	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): ES SUFICIENTE

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

**Apellidos y nombres del juez validador.** Dr. / Mg: Alexander Better Salazar    **DNI:** 41803894

**Especialidad del validador:** MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN 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.

15 de noviembre del 2020

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



Mg. Alexander Better Salazar  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
Y COMUNITARIA CON MENCIÓN  
EN GERENCIA EN SALUD  
RENOMA - COP: 168 N° 438 - 2018

Firma del Experto Informante.

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA AUTO PERCEPCION SOBRE LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1. Administración clínica</b>							
1	Los pacientes cuentan con la pulsera correctamente identificada	X		X		X		
2	Se cuenta con formatos de consentimientos informados en el servicio y/o departamento	X		X		X		
3	Los consentimientos informados están correctamente llenados y firmados.	X		X		X		
4	Se registra a las pacientes antes de su ingreso a la unidades	X		X		X		
5	Las interconsultas a otro departamento son atendidas oportunamente y de manera completa.	X		X		X		
6	Cumple con realizar un reporte de turno escrito con ocurrencias de incidentes y accidentes.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2 Procedimientos asistenciales</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	
4	Cumple con el llenado adecuado de la historia clínica.	X		X		X		
5	Evalúa y/o reconoce a la paciente a su ingreso al servicio /unidad.	X		X		X		
6	Se sigue en la atención bajo una guía estandarizada elaborada por el servicio/departamento.	X		X		X		
7	La paciente ingresa con todas las pruebas de laboratorio precisadas en el protocolo del servicio.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3 Errores en la documentación.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	
8	Cuenta la historia clínica con los pedidos o solicitudes por algún procedimiento realizado.	X		X		X		
9	Cumple con el llenado de los documentos acerca de los actuados con la paciente.	X		X		X		
10	Existe documentación visible en el servicio sobre procedimientos Asistenciales y/o administrativos.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 4 Errores en la medicación</b>	X		X		X		



11	Se cumple con las recetas prescritas por los profesionales debidamente identificadas y con lo necesario para el paciente.	X		X		X	
12	Cumples con tiempos y pasos durante la preparación de medicamentos u otros insumos en el servicio para cada paciente.	X		X		X	
14	Se cumple con las normas técnicas de conservación de medicamentos y otros insumos en el servicio	X		X		X	
	<b>DIMENSION 5 Infección asociada a la atención sanitaria</b>	X		X		X	
15	Cumple con el uso adecuado y con medidas de asepsia en los diferentes procedimientos	X		X		X	
16	Cumple con el lavado de manos con los pasos adecuados y momentos.	X		X		X	

**Observaciones (precisar si hay suficiencia): ES SUFICIENTE**

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

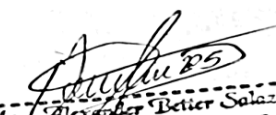
**Apellidos y nombres del juez validador.** Dr. / Mg: Alexander Better Salazar                    **DNI:** 41803894

**Especialidad del validador:** **MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN 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

30 de octubre del 2020

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



Mg. Alexander Better Salazar  
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA  
Y COMUNITARIA CON MENCIÓN  
EN GERENCIA EN SALUD  
RENOMA - COP: 168 N° 438 - 2018

-----  
**Firma del Experto Informante.**

## Anexo 6

### Autorización de aplicación del instrumento firmado por la respectiva autoridad



**Gobierno Regional de Apurímac**  
**Hospital Sub Regional de Andahuaylas**  
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



**CONSTANCIA EMITIDA POR LA INSTITUCION QUE AUTORIZA  
LA REALIZACION DE LA INVESTIGACION 2020.**

LA JEFA DE LA UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS, OTORGAN LA PRESENTE CONSTANCIA A:


### **Delia Betzabe Chávez Reynaga**

Alumna de posgrado del Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad Cesar Vallejo filial Lima Este, quien ha presentado solicitud respectiva y copia de Proyecto de investigación titulado: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PERCEPCION SOBRE LA PREVENCION DE EVENTOS ADVERSOS EN EL PERSONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBTETRICIA EN EL HOSPITAL SUB REGIONAL DE ANDAHUAYLAS, NOVIEMBRE 2020", la misma que solicita autorización para la realización de la investigación y aplicación de instrumento de medición.

Se otorga la presente constancia para los fines que el interesado considere conveniente.

Andahuaylas, 23 de Diciembre del 2020.



  
Yohana Esquivel León  
Jefa de la Unidad de Apoyo a la  
Docencia e Investigación - HSRA

## Anexo 7

### Consentimiento informado de aplicación del cuestionario

## Su opinión es muy importante para todos

### Presentación

Usted está siendo invitado a participar de la investigación titulada “Cultura de seguridad del paciente y la autopercepción sobre la prevención de eventos adversos por el profesional de salud del departamento de Gineco-obstetricia del Hospital de Andahuaylas, 2020”; desarrollada por la estudiante Delia Betzabe Chávez Reynaga de la maestría Gestión de los servicios de salud en la Universidad Cesar Vallejo.

El presente instrumento tiene como objetivo medir la cultura de seguridad de la paciente y la prevención de eventos adverso.

### Consentimiento

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a las preguntas de cultura de seguridad del paciente y auto percepción sobre la prevención de eventos adversos en un tiempo más o menos de 20 minutos.

Su participación es voluntaria y anónima. Así mismo la información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de esta investigación. Una vez procesada las respuestas y sustentadas el estudio de las encuestas serán eliminadas.

Si usted tiene alguna duda sobre este estudio puede contactarse al teléfono 983902012 o al correo electrónico betzabe\_ch1@hotmail.com

**Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y autopercepción sobre la prevención de eventos adversos. Contestarla, apenas, le llevará unos 20 minutos.**

**X Evento adverso es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.**

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

**Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.**

## Anexo 8

### Análisis de fiabilidad del instrumento para medir la cultura de seguridad del paciente

The screenshot displays the IBM SPSS Statistics interface. The main window shows the results of a reliability analysis for the variable 'Escala: ALL VARIABLES'. The analysis is based on 70 cases, with 0 excluded. The Cronbach's Alpha coefficient is .776, based on 42 items. The interface includes a menu bar, a toolbar, a navigation pane on the left, and a main results area. A Windows taskbar is visible at the bottom.

**Fiabilidad**

[ConjuntoDatos0]

**Escala: ALL VARIABLES**

**Resumen de procesamiento de casos**

Casos	Válido	N	%
	Válido	70	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	70	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,776	42

**Estadísticas de total de elemento**

Media de escala si el elemento se	Varianza de escala si el elemento se	Correlación total de elementos	Alfa de Cronbach si el elemento se ha

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON  
01:27 a.m.  
21/02/2021

alfa de cronbach 2cultura 21 de febrero.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Resultado  
 Registro  
 Fiabilidad  
 Título  
 Notas  
 Conjunto de datos  
 Escala: ALL VARI/  
 Título  
 Resumen de  
 Estadísticas  
 Estadísticas

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	130,9714	150,318	,380	,767
VAR00002	131,1714	149,767	,389	,766
VAR00003	131,1857	148,762	,480	,763
VAR00004	131,3571	156,958	,084	,779
VAR00005	131,1714	157,999	,057	,779
VAR00006	130,8286	149,390	,364	,767
VAR00007	130,4143	157,985	,070	,778
VAR00008	130,4857	152,514	,333	,769
VAR00009	130,4000	152,012	,450	,767
VAR00010	130,9143	154,051	,214	,773
VAR00011	130,4429	151,526	,352	,768
VAR00012	130,5714	150,683	,406	,766
VAR00013	130,5714	151,814	,300	,770
VAR00014	130,7571	154,273	,217	,773
VAR00015	130,4714	151,470	,405	,767
VAR00016	130,9857	153,869	,238	,772
VAR00017	130,1286	155,824	,245	,773
VAR00018	130,9857	154,188	,253	,772
VAR00019	131,2000	159,525	-,007	,781
VAR00020	131,4571	151,933	,319	,769
VAR00021	131,0143	160,217	-,025	,779
VAR00022	131,2714	153,998	,308	,770

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON 11:09 a.m. 23/02/2021

alfa de cronbach 2cultura 21 de febrero.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Resultado  
 Registro  
 Fiabilidad  
 Título  
 Notas  
 Conjunto de datos  
 Escala: ALL VARI/  
 Título  
 Resumen de  
 Estadísticas  
 Estadísticas

VAR00017	130,1286	155,824	,245	,773
VAR00018	130,9857	154,188	,253	,772
VAR00019	131,2000	159,525	-,007	,781
VAR00020	131,4571	151,933	,319	,769
VAR00021	131,0143	160,217	-,025	,779
VAR00022	131,2714	153,998	,308	,770
VAR00023	130,7857	149,301	,468	,764
VAR00024	130,9429	147,591	,503	,762
VAR00025	131,0000	150,522	,349	,768
VAR00026	131,0000	150,899	,340	,768
VAR00027	131,5286	163,267	-,156	,788
VAR00028	131,0857	157,848	,042	,781
VAR00029	131,5429	153,005	,192	,775
VAR00030	131,1143	159,233	-,008	,783
VAR00031	130,9143	153,935	,202	,774
VAR00032	131,3857	150,907	,321	,769
VAR00033	131,2143	153,475	,215	,773
VAR00034	131,4143	158,217	,023	,782
VAR00035	130,9143	151,268	,337	,769
VAR00036	130,6857	150,161	,382	,767
VAR00037	131,1000	156,584	,114	,777
VAR00038	130,8000	152,452	,267	,771
VAR00039	130,9429	153,446	,232	,773
VAR00040	130,7429	152,194	,285	,771
VAR00041	131,0857	152,166	,289	,770
VAR00042	130,9000	151,686	,271	,771

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON 11:11 a.m. 23/02/2021

# Análisis de fiabilidad del instrumento para medir la auto percepción sobre la prevención de eventos adversos

The screenshot displays the IBM SPSS Statistics Visor interface. The main window shows the results of a reliability analysis for the variable 'Escala: ALL VARIABLES'. The interface includes a menu bar at the top with options like 'Archivo', 'Editar', 'Ver', 'Datos', 'Transformar', 'Insertar', 'Formato', 'Analizar', 'Gráficos', 'Utilidades', 'Ampliaciones', 'Ventana', and 'Ayuda'. A toolbar with various icons is located below the menu. On the left, a tree view shows the project structure: 'Resultado' > 'Registro' > 'Fiabilidad' > 'Titulo' > 'Conjunto de datos' > 'Escala: ALL VARIABLES' > 'Titulo' > 'Resumen de' > 'Estadísticas' > 'Estadísticas'.

**Escala: ALL VARIABLES**

**Resumen de procesamiento de casos**

Casos	Válido	N	%
		70	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
<b>Total</b>		<b>70</b>	<b>100,0</b>

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticas de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,927	18

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	69,3714	114,527	,696	,921
VAR00002	69,4857	114,572	,665	,922
VAR00003	69,5000	116,833	,739	,920
VAR00004	69,2714	118,577	,520	,926

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode.ON | 02:56 a.m. 22/01/2021

\*Resultado1 [Documento1] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Resultado  
 Registro  
 Fiabilidad  
 Título  
 Notas  
 Conjunto de datos  
 Escala: ALL VARI/  
 Título  
 Resumen de  
 Estadísticas  
 Estadísticas

,927 18

**Estadísticas de total de elemento**

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	69,3714	114,527	,696	,921
VAR00002	69,4857	114,572	,665	,922
VAR00003	69,5000	116,833	,739	,920
VAR00004	69,2714	118,577	,520	,926
VAR00005	70,4000	121,026	,434	,927
VAR00006	70,0857	121,732	,400	,928
VAR00007	69,3571	116,465	,785	,919
VAR00008	69,3714	113,947	,804	,918
VAR00009	69,8286	120,898	,498	,926
VAR00010	70,1571	117,091	,623	,923
VAR00011	69,5714	115,002	,738	,920
VAR00012	69,5000	118,659	,667	,922
VAR00013	69,9571	118,187	,542	,925
VAR00014	69,5286	117,180	,701	,921
VAR00015	69,3857	118,965	,680	,922
VAR00016	69,4000	123,896	,446	,926
VAR00017	69,2571	117,556	,742	,920
VAR00018	69,2286	120,788	,556	,924

Activar Windows  
 Ir a Configuración de PC para activar Windows.

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON  
 05:19 p.m.  
 18/02/2021







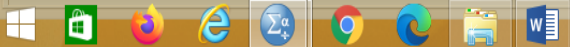
25: Visible: 38 de 38 variables

	Cu	Fi	P	A	A	Ti	Fr	Fee	R	D	Ap	Ti	Pro	Pre	Ad	Pl	E	Err	In	Frec	Perc	Acc	Apr	Trat	Fran	Feec	Res	D	A	Trat	P	P	Adm	Pro	E	Err	Inf		
	ure	el	er	ac	pl	ab	na	d_b	d_s	o	yo	a	em	ver	min	o	rr	es	cu	uen	epci	ones	ndiz	ajo	que	bac	pues	o	o	ajo	o	bl	v	adist	edinto	ri	ore	cc	
	se	c.	c.	ci.	e.	b.	eza	ack	s.	a.	eren	s_c	s_c	cio.	str.	c.	re	medi	ra	on2	on2	2	aj	equi	a2	k2	tas2	a.	o.	entr.	bl.	v.	adist	edinto	ri	ore	cc		
53	132	10	14	11	10	16	9	9	8	10	7	13	12	72	23	14	11	14	10	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	3	3	
54	152	10	16	16	13	13	5	10	8	17	10	15	15	85	29	17	15	14	10	3	2	3	2	3	1	1	2	1	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	
55	135	12	14	15	12	15	10	12	9	8	5	12	9	88	30	19	14	15	10	2	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	
56	118	7	11	12	5	12	8	7	12	14	8	8	13	57	19	10	12	11	5	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	1	2	1	1	1	1	2	1	1	
57	126	6	12	12	7	10	8	8	11	14	6	14	15	48	15	11	7	9	4	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
58	123	8	13	15	9	15	7	8	6	13	5	9	13	70	24	14	12	12	8	1	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	1	
59	134	9	15	15	11	12	8	9	11	10	6	11	15	74	27	14	15	10	8	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	2	2	3	1	3	1	1	
60	113	6	9	13	8	12	8	6	10	16	4	8	10	84	27	17	15	15	10	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1	3	3	2	3	3	3	3	
61	130	9	17	15	13	15	9	10	8	7	4	12	7	67	23	14	9	11	10	2	2	3	2	3	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	
62	158	12	10	19	13	16	6	15	10	18	6	12	18	80	27	19	15	10	9	3	1	3	3	2	1	3	2	3	2	1	3	2	3	3	3	3	1	2	
63	135	9	13	14	12	14	9	7	8	10	6	15	16	82	26	18	13	15	10	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3	
64	135	9	13	14	12	14	9	7	8	10	6	15	16	82	26	18	13	15	10	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3	
65	141	8	13	15	10	13	8	10	11	9	8	16	16	71	25	15	11	12	8	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	3	3	3	1	2	1	1	1		
66	130	8	13	14	12	15	7	9	9	14	6	10	11	65	23	12	9	12	9	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
67	100	8	9	13	8	10	8	8	6	8	4	8	9	66	19	16	10	13	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	
68	129	7	10	16	11	18	8	10	10	11	4	12	10	65	21	14	11	11	8	2	1	1	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
69	115	7	10	13	11	17	7	7	6	8	5	10	11	62	20	13	7	12	10	1	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	
70	141	11	11	16	12	17	8	10	10	12	4	12	14	86	27	19	15	15	10	2	2	1	2	2	3	1	2	2	2	1	1	2	3	3	3	3	3	3	
71																																							
72																																							
73																																							
74																																							
75																																							
76																																							
77																																							
78																																							

Vista de datos Vista de variables

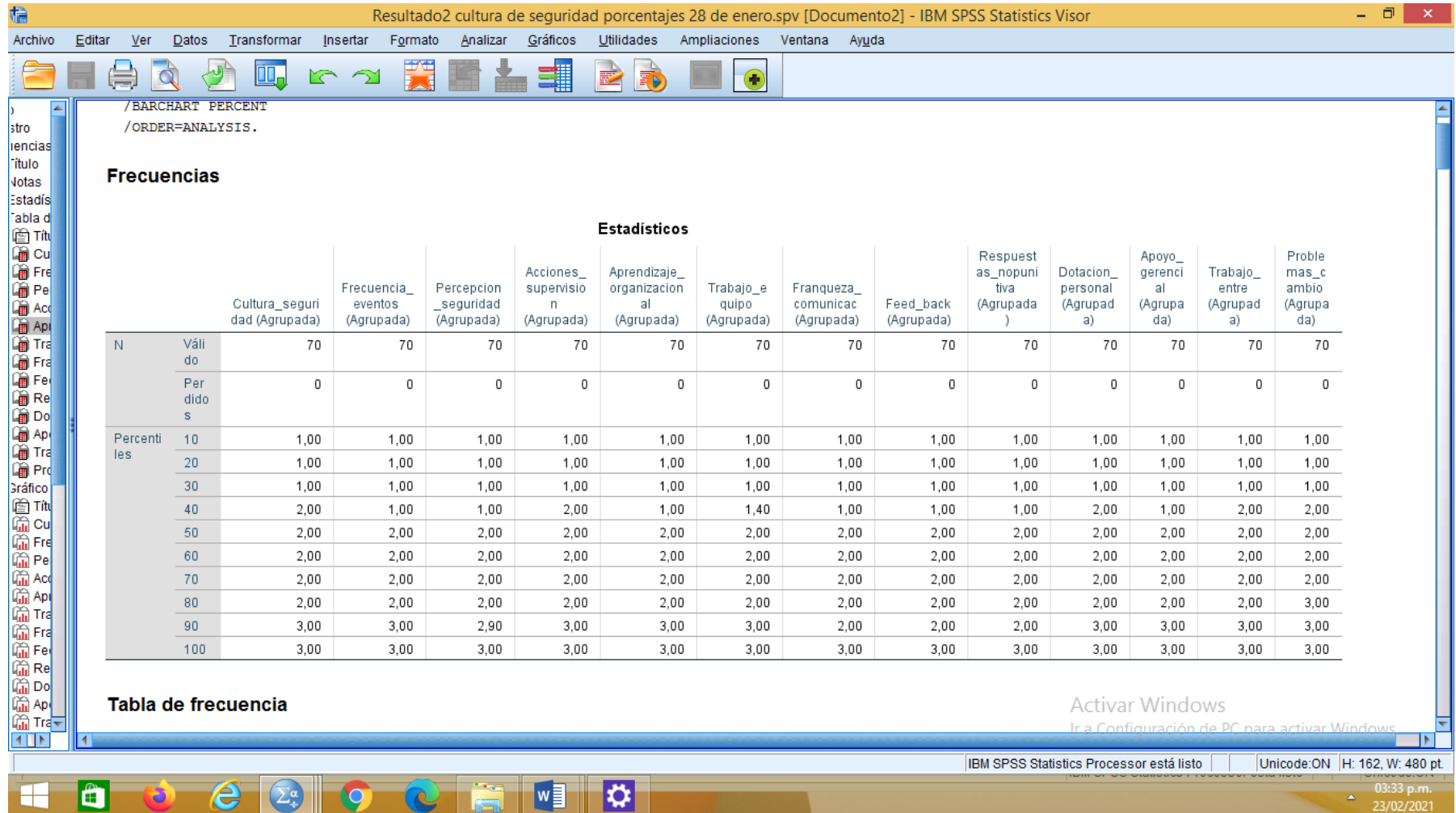
Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



## Análisis descriptivo de datos

### Variable 1: Cultura de seguridad del paciente



Resultado2 cultura de seguridad porcentajes 28 de enero.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Tabla de frecuencia

**Cultura\_seguridad (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	22	31,4	31,4	31,4
	Neutral	37	52,9	52,9	84,3
	Positivo	11	15,7	15,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

**Frecuencia\_eventos (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	29	41,4	41,4	41,4
	Neutral	29	41,4	41,4	82,9
	Positivo	12	17,1	17,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

**Percepcion\_seguridad (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	29	41,4	41,4	41,4
	Neutral	34	48,6	48,6	90,0
	Positivo	7	10,0	10,0	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar Windows

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON | H: 162, W: 480 pt | 03:34 p.m. | 23/02/2021

Resultado2 cultura de seguridad porcentajes 28 de enero.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Total		70	100,0	100,0	
-------	--	----	-------	-------	--

**Acciones\_supervision (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	26	37,1	37,1	37,1
	Neutral	36	51,4	51,4	88,6
	Positivo	8	11,4	11,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

**Aprendizaje\_organizacional (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	30	42,9	42,9	42,9
	Neutral	31	44,3	44,3	87,1
	Positivo	9	12,9	12,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

**Trabajo\_equipo (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	28	40,0	40,0	40,0
	Neutral	34	48,6	48,6	88,6
	Positivo	8	11,4	11,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar Windows

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON | H: 162, W: 480 pt

03:35 p.m.  
23/02/2021

Resultado2 cultura de seguridad porcentajes 28 de enero.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

**Franqueza\_comunicac (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	29	41,4	41,4	41,4
	Neutral	35	50,0	50,0	91,4
	Positivo	6	8,6	8,6	100,0
Total		70	100,0	100,0	

**Feed\_back (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	34	48,6	48,6	48,6
	Neutral	33	47,1	47,1	95,7
	Positivo	3	4,3	4,3	100,0
Total		70	100,0	100,0	

**Respuestas\_nopunitiva (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	29	41,4	41,4	41,4
	Neutral	36	51,4	51,4	92,9
	Positivo	5	7,1	7,1	100,0
Total		70	100,0	100,0	

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar Windows

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON | H: 162, W: 480 pt

03:36 p.m.  
23/02/2021



- Inicio
- Resúmenes
- Título
- Votos
- Estadísticas
- Tabla de contingencia
- Título
- Cuadro de diálogo
- Frecuencia
- Perfiles
- Acciones
- Aplicaciones
- Trasladar
- Frecuencia
- Ferret
- Resúmenes
- Do
- Aplicaciones
- Trasladar
- Problemas
- Gráfico
- Título
- Cuadro de diálogo
- Frecuencia
- Perfiles
- Acciones
- Aplicaciones
- Trasladar
- Frecuencia
- Ferret
- Resúmenes
- Do
- Aplicaciones
- Trasladar

**Dotacion\_personal (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	24	34,3	34,3	34,3
	Neutral	34	48,6	48,6	82,9
	Positivo	12	17,1	17,1	100,0
Total		70	100,0	100,0	

**Apoyo\_gerencial (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	31	44,3	44,3	44,3
	Neutral	29	41,4	41,4	85,7
	Positivo	10	14,3	14,3	100,0
Total		70	100,0	100,0	

**Trabajo\_entre (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	25	35,7	35,7	35,7
	Neutral	35	50,0	50,0	85,7
	Positivo	10	14,3	14,3	100,0
Total		70	100,0	100,0	

**Problemas cambio (Agrupada)**

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar Windows



Resultado2 cultura de seguridad porcentajes 28 de enero.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Resultado

- Registro
- Frecuencias
  - Título
  - Notas
  - Estadísticos
  - Tabla de frecuencias
    - Título
    - Cultura\_seguridad (Agrupada)
      - Frecuencia
      - Percepción
      - Acciones
      - Aprendizaje
      - Trabajo\_entregado (Agrupada)
      - Franqueza
      - Feed\_back
      - Respuestas
      - Dotación
      - Apoyo\_gestionado
      - Trabajo\_entregado
      - Problemas\_cambio (Agrupada)
- Gráfico de barras
  - Título
  - Cultura\_seguridad (Agrupada)
  - Frecuencia
  - Percepción
  - Acciones
  - Aprendizaje
  - Trabajo\_entregado
  - Franqueza
  - Feed\_back
  - Respuestas
  - Dotación
  - Apoyo\_gestionado
  - Trabajo\_entregado

### Trabajo\_entregado (Agrupada)

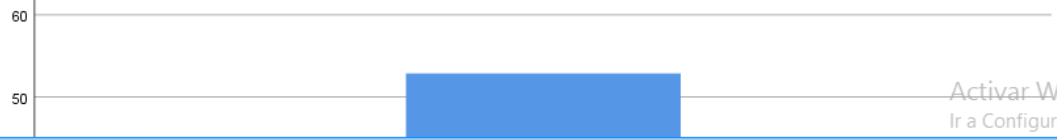
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	25	35,7	35,7	35,7
	Neutral	35	50,0	50,0	85,7
	Positivo	10	14,3	14,3	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

### Problemas\_cambio (Agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Negativo	27	38,6	38,6	38,6
	Neutral	27	38,6	38,6	77,1
	Positivo	16	22,9	22,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

### Gráfico de barras

#### Cultura\_seguridad (Agrupada)



Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

## VAARIABLE 2 :AUTO PERCEPCION SOBRE LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Resultado22 porcentajs de prevencion de eventos adversos.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

registro  
Frecuencias  
Título  
Notas  
Estadísticos  
Tabla de frecuencia  
Título  
Prevencion\_eventos (A)  
Administracion\_clinica  
Procedimientos\_asiste  
Errores\_documentacio  
Errores\_medificacion (A)  
Infecciones\_asociadas  
Gráfico de barras  
Título  
Prevencion\_eventos (A)  
Administracion\_clinica  
Procedimientos\_asiste  
Errores\_documentacio  
Errores\_medificacion (A)  
Infecciones\_asociadas

### Estadísticos

		Prevencion_e ventos (Agrupada)	Administracio n_clinica (Agrupada)	Procedimient os_asistenci al (Agrupada)	Errores_docu mentacion (Agrupada)	Errores_medi cacion (Agrupada)	Infecciones_a sociadas (Agrupada)
N	Válido	70	70	70	70	70	70
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Percentiles	10	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	20	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	30	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
	40	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00
	50	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
	60	2,00	2,00	2,00	2,00	2,60	3,00
	70	2,00	2,70	3,00	2,70	3,00	3,00
	80	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
	90	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
	100	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00

### Tabla de frecuencia

#### Prevencion\_eventos (Agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	22	31,4	31,4	31,4
	Aceptable	28	40,0	40,0	71,4
	Fuerte	20	28,6	28,6	100,0
Total		70	100,0	100,0	

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON | H: 162, W: 486 pt | 05:04 p.m. 23/02/2021



Resultado22 porcentajs de prevencion de eventos adversos.spv [Documento2] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

registro  
 Frecuencias  
 Título  
 Notas  
 Estadísticos  
 Tabla de frecuencia  
 Título  
 Prevencion\_eventos (A)  
 Administracion\_clinica  
 Procedimientos\_asiste  
 Errores\_documentacion  
 Errores Medicacion (A)  
 Infecciones\_asociadas  
 Gráfico de barras  
 Título  
 Prevencion\_eventos (A)  
 Administracion\_clinica  
 Procedimientos\_asiste  
 Errores\_documentacion  
 Errores Medicacion (A)  
 Infecciones\_asociadas

### Administracion\_clinica (Agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	23	32,9	32,9	32,9
	Aceptable	26	37,1	37,1	70,0
	Fuerte	21	30,0	30,0	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

### Procedimientos\_asistencial (Agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	23	32,9	32,9	32,9
	Aceptable	21	30,0	30,0	62,9
	Fuerte	26	37,1	37,1	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

### Errores\_documentacion (Agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	25	35,7	35,7	35,7
	Aceptable	24	34,3	34,3	70,0
	Fuerte	21	30,0	30,0	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

### Errores Medicacion (Agrupada)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	23	32,9	32,9	32,9
	Aceptable	26	37,1	37,1	70,0
	Fuerte	21	30,0	30,0	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Activar Windows  
 Ir a Configuración de PC para activar Windows.

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON | H: 162, W: 486 pt

05:07 p.m.  
 23/02/2021

- resultado
- Registro
- Frecuencias
- Título
- Notas
- Estadísticos
- Tabla de frecuencia
- Título
- Prevenscion\_eventos (A)
- Administracion\_clinica
- Procedimientos\_asiste
- Errores\_documentacio
- Errores\_medizacion (A)
- Infecciones\_asociadas
- Gráfico de barras
- Título
- Prevenscion\_eventos (A)
- Administracion\_clinica
- Procedimientos\_asiste
- Errores\_documentacio
- Errores\_medizacion (A)
- Infecciones\_asociadas

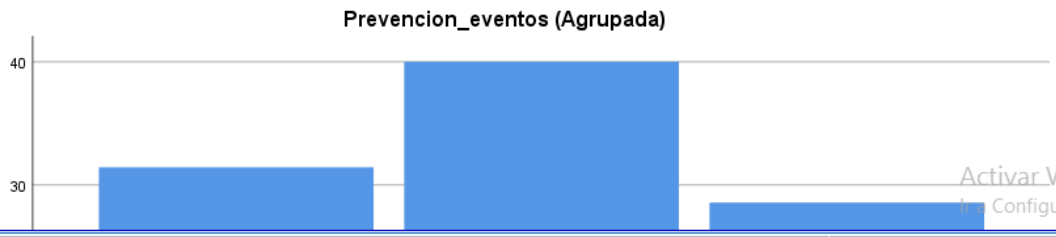
**Errores\_medizacion (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	30	42,9	42,9	42,9
	Aceptable	12	17,1	17,1	60,0
	Fuerte	28	40,0	40,0	100,0
Total		70	100,0	100,0	

**Infecciones\_asociadas (Agrupada)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	23	32,9	32,9	32,9
	Aceptable	13	18,6	18,6	51,4
	Fuerte	34	48,6	48,6	100,0
Total		70	100,0	100,0	

**Gráfico de barras**



## Correlación de Rho de Spearman

Resultado23 Correlaciones cultura y prevenion Hipotesis.spv [Documento23] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Resultado  
Registro  
Correlaciones no para  
Título  
Notas  
Correlaciones

```
NONPAR CORR
/VARIABLES=Cultura_seguridad Prevenion_eventos
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

### Correlaciones no paramétricas

Correlaciones				
			Cultura_seguridad	Prevenion_eventos
Rho de Spearman	Cultura_seguridad	Coefficiente de correlación	1,000	,542**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	70	70
	Prevenion_eventos	Coefficiente de correlación	,542**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	70	70

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar Windows.

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode:ON | H: 261, W: 615 pt.

11:49 p.m.  
28/01/2021

\*Resultado24 [Documento24] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Resultado  
 Registro  
 Correlaciones no paramétricas  
 Título  
 Notas  
 Correlaciones

```

NONPAR CORR
/VARIABLES=Cultura_seguridad Administracion_clinica
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
  
```

### Correlaciones no paramétricas

Correlaciones			Cultura_seguridad	Administracion_clinica
Rho de Spearman	Cultura_seguridad	Coefficiente de correlación	1,000	,525**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	70	70
	Administracion_clinica	Coefficiente de correlación	,525**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	70	70

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Activar Windows  
 Ir a Configuración de PC para activar Windows.

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode.ON | H: 261, W: 628 pt

11:51 p.m.  
 28/01/2021

\*Resultado25 [Documento25] - IBM SPSS Statistics Visor

Archivo Editar Ver Datos Transformar Insertar Formato Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Resultado  
 Registro  
 Correlaciones no paramétricas  
 Título  
 Notas  
 Correlaciones

```

NONPAR CORR
/VARIABLES=Cultura_seguridad Procedimientos_asistencial
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
  
```

### Correlaciones no paramétricas

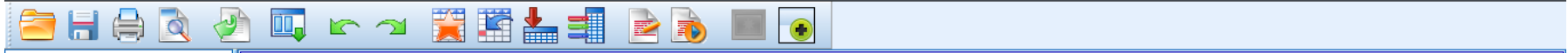
Correlaciones			Cultura_seguridad	Procedimientos_asistencial
Rho de Spearman	Cultura_seguridad	Coefficiente de correlación	1,000	,430**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	70	70
	Procedimientos_asistencial	Coefficiente de correlación	,430**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	70	70

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Activar Windows  
 Ir a Configuración de PC para activar Windows.

IBM SPSS Statistics Processor está listo | Unicode.ON | H: 276, W: 645 pt.

11:53 p.m.  
 28/01/2021



- Resultado
- Registro
- Correlaciones no paramétricas
- Título
- Notas
- Correlaciones

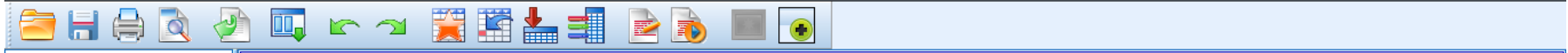
```
NONPAR CORR  
/VARIABLES=Cultura_seguridad Errores_documentacion  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

### Correlaciones no paramétricas

Correlaciones			Cultura_seguridad	Errores_documentacion
Rho de Spearman	Cultura_seguridad	Coefficiente de correlación	1,000	,401**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	70	70
	Errores_documentacion	Coefficiente de correlación	,401**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	70	70

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar Windows.



- Resultado
- Registro
- Correlaciones no paramétricas
- Título
- Notas
- Correlaciones

```
NONPAR CORR  
/VARIABLES=Cultura_seguridad Errores_medificacion  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

### Correlaciones no paramétricas

Correlaciones			Cultura_seguridad	Errores_medificacion
Rho de Spearman	Cultura_seguridad	Coefficiente de correlación	1,000	,364**
		Sig. (bilateral)	.	,002
		N	70	70
	Errores_medificacion	Coefficiente de correlación	,364**	1,000
		Sig. (bilateral)	,002	.
		N	70	70

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar Windows.



- Resultado
- Registro
- Correlaciones no paramétricas
- Título
- Notas
- Correlaciones

```
NONPAR CORR  
/VARIABLES=Cultura_seguridad Infecciones_asociadas  
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.
```

### Correlaciones no paramétricas

Correlaciones			Cultura_seguridad	Infecciones_asociadas
Rho de Spearman	Cultura_seguridad	Coefficiente de correlación	1,000	,288*
		Sig. (bilateral)	.	,016
		N	70	70
	Infecciones_asociadas	Coefficiente de correlación	,288*	1,000
		Sig. (bilateral)	,016	.
		N	70	70

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Activar Windows  
Ir a Configuración de PC para activar Windows.





**Declaratoria de Originalidad del Autor**

Yo, CHAVEZ REYNAGA DELIA BETZABE estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y AUTO PERCEPCIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DEL PROFESIONAL DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE ANDAHUAYLAS, 2020", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

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

Nombres y Apellidos	Firma
CHAVEZ REYNAGA DELIA BETZABE <b>DNI:</b> 31182833 <b>ORCID</b> 0000-0002-4184-998	Firmado digitalmente por: DCHAVEZRE el 01-03-2021 18:47:35

Código documento Trilce: INV - 0075874