



**Gestión hospitalaria y cultura de seguridad del paciente
en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en gestión de los servicios de la salud

AUTORA:

Br. Cecilia Nieves Pérez Oré

ASESOR:

Dr. Sebastián Sánchez Díaz

SECCIÓN

Ciencias médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Gestión de los servicios de salud

PERÚ – 2017

Página del jurado



Dr. Damián Chumbe Filemón Ángel

Presidente

P/A



Mgr. Valdivieso Gonzales Janet Marisol

Secretario



Dr. Sebastián Sánchez Díaz

Vocal

Dedicatoria

El presente trabajo lo dedico a Dios,
quien me permitió alcanzar este logro.

A mi familia por su apoyo incondicional.

A la Universidad Cesar Vallejo quien ha
contribuido en mi formación.

Agradecimiento

Quiero agradecer a Dios, porque me permitió realizar este proyecto.

A mi familia por su apoyo incondicional, gracias por sacrificar los momentos de estar juntos y este logro es la satisfacción de cada uno de ustedes.

A Alex y Amanda quienes lograron quien soy.

A David por su constante apoyo; Carlos y Diana quienes son mi motivación.

A mi asesor Dr. Sebastián Sánchez por el tiempo dedicado para atender mis inquietudes por el direccionamiento del proyecto.

A los Enfermeros del Instituto Materno Perinatal, quienes amablemente me atendieron y colaboraron con la información solicitada en la encuesta.

Declaratoria de autenticidad

Yo, Cecilia Nieves Pérez Oré, estudiante de la Escuela de Pos grado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado Gestión hospitalaria y cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima 2017, presentada, en 110 folios para la obtención del grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

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

Lima, mayo del 2017



Cecilia Nieves Pérez Oré

DNI 20031087

Presentación

Respetables miembros del jurado, presento ante ustedes la tesis titulada Gestión hospitalaria y cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima 2017 con el fin de determinar la relación que existe entre la Gestión hospitalaria y cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima 2017 a fin de mejorar la gestión de dicho nosocomio.

La presente investigación está dividida en siete capítulos: En el Capítulo I se expone la Introducción que incluye, los antecedentes, la fundamentación científica, la justificación, el problema, la hipótesis y los objetivos generales y específicos. En el Capítulo II, el Marco Metodológico en el cual se presentan las variables, la operacionalización de las variables, la metodología, los tipos de estudio, el diseño de estudio, la población, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y los métodos de análisis de datos. En el capítulo III Resultados. Capítulo IV Discusión. Capítulo V Conclusiones. Capítulo VI Recomendaciones. Capítulo VII Referencias Bibliográficas.

Cumpliendo el reglamento de grados y títulos de la Universidad Cesar Vallejo para obtener el grado académico de magíster.

La autora

RESUMEN

La presente investigación titulada: “Gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017”, tuvo como objetivo Determinar la relación que existe entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017; asimismo, se empleó el método descriptivo correlacional de corte transversal, la muestra estuvo constituida por todo el Personal de Enfermería del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 en un total de 191 para recolección de datos se utilizó la encuesta; y el instrumento utilizado fue un cuestionario con escalamiento Likert.

Los resultados han evidenciado que en el Instituto Materno Perinatal de Lima, la gestión hospitalaria está entre regular y eficiente: y la cultura de seguridad, también está entre regular, eficiente y muy eficiente; es decir, no se evidencia buena gestión, ni se percibe plenamente la cultura de seguridad de los pacientes, asimismo, se ha determinado la existencia de una correlación positiva moderada y significativa entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, siendo el Rho de ,683**; es decir, el índice de correlación al 68.3%, confirmándose a mayor gestión hospitalaria, mayor cultura de seguridad.

Palabras claves: Gestión hospitalaria, cultura de seguridad, liderazgo para el cambio, plan compartido.

ABSTRACT

The present research entitled "Hospital management and patient safety culture at the Maternal Perinatal Institute of Lima, 2017" aimed to determine the relationship between hospital management and patient safety culture at the Maternal Perinatal Institute De Lima, 2017; Likewise, the cross-sectional correlational descriptive method was used; the sample consisted of all the Health Personnel of the Maternal Perinatal Institute of Lima, 2017 in a total of 191 data collection was used the survey; And the instrument used was a questionnaire with Likert scaling.

The results have shown that in the Maternal Perinatal Institute of Lima, the hospital management is between regular and efficient: and the safety culture, is also between regular, efficient and very efficient; That is, there is no evidence of good management, nor is the safety culture of the patients fully perceived, and a moderate and significant positive correlation has been established between hospital management and the patient's safety culture at the Instituto Materno Perinatal of Lima, 2017, being the Rho de, 683 **; That is, the correlation index to 68.3%, confirming to greater hospital management, a greater safety culture.

Key words: Hospital management, safety culture, leadership for change, shared plan.

ÍNDICE

Página del jurado.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento.....	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación.....	vi
Resumen	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
2.1. Antecedentes.....	16
2.2. Fundamentación científica, técnica o humanística	21
2.3. Justificación	49
2.4. Problemas	50
2.5. Objetivos.....	51
2.6. Hipótesis.....	52
II. MARCO METODOLÓGICO	53
2.1. Variables.....	54
2.2. Operacionalización de variables	55
2.3. Metodología	56
2.4. Método de investigación	57
2.5. Tipo de estudio	57
2.6. Diseño	58
2.7. Población, muestra y muestreo	59
2.8. Técnicas e instrumento de recolección de datos	61
2.9. Método de análisis de datos	62
III. RESULTADOS.....	64
IV DISCUSIÓN	87
V CONCLUSIONES	93
VI RECOMENDACIONES	97
VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	100
VIII ANEXOS	105
ANEXO I.....	106
MATRIZ DE CONSISTENCIA	106

INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN	108
INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN	109

Lista de tablas

Tabla 1: Operacionalización de la variable 1: Gestión hospitalaria	55
Tabla 2: Variable (2) Cultura de seguridad.....	56
Tabla 3: Validación por juicio de experto.....	61
Tabla 4: Estadísticos de fiabilidad de Gestión hospitalaria	61
Tabla 5: Estadísticos de fiabilidad de cultura de seguridad.....	62
Tabla 6: V1: Frecuencias de gestión hospitalaria.....	65
Tabla 7: Frecuencias del proceso permanente de escucha	66
Tabla 8: Frecuencias de Propuesta estratégica compartida	67
Tabla 9: Frecuencias de Liderazgo para el cambio.....	68
Tabla 10: Frecuencias del Plan compartido	69
Tabla 11: D5: Nueva competencia organizacional	70
Tabla 12: V2: Frecuencias de la cultura de seguridad	71
Tabla 13: D1: Frecuencias de Cultura de seguridad	72
Tabla 14: D2: Frecuencias de la Cultura de seguridad a nivel de unidad /servicio.....	73
Tabla 15: D3: Frecuencias de Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital	74
Tabla 16: Contingencia V1: Gestión hospitalaria * V2: Cultura de seguridad...	75
Tabla 17: Contingencia D1: Proceso permanente de escucha * V2: Cultura de seguridad.....	76
Tabla 18: Contingencia D2: Propuesta estratégica compartida * V2: Cultura de seguridad.....	77
Tabla 19: Contingencia D3: Liderazgo para el cambio * V2: Cultura de seguridad.....	78
Tabla 20: Contingencia D4: Plan compartido * V2: Cultura de seguridad	79
Tabla 21: Contingencia D5: Nueva competencia organizacional * V2: Cultura de seguridad	80
Tabla 22: Correlaciones entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad	81
Tabla 23: Correlaciones entre el proceso permanente de escucha y la cultura de seguridad	82
Tabla 24: Correlaciones entre la propuesta estratégica compartida y la cultura de seguridad	83

Tabla 25: Correlaciones entre el liderazgo para el cambio y la cultura de seguridad.....	84
Tabla 26: Correlaciones entre el plan compartido y la cultura de seguridad	85
Tabla 27: Correlaciones entre la nueva competencia organizacional y la cultura de seguridad	86

Lista de figuras

Figura 1: Esquema de la gestión por Resultados.....	31
Figura 2: Esquema de la gestión Hospitalaria	32
Figura 3: Gestión hospitalaria.....	65
Figura 4: Proceso permanente de escucha.....	66
Figura 5: Propuesta estratégica compartida.....	67
Figura 6: Liderazgo para el cambio	68
Figura 7 Plan compartido	69
Figura 8: Nueva competencia organizacional.....	70
Figura 9: V2: Cultura de seguridad.....	71
Figura 10 D1: Cultura de seguridad	72
Figura 11: D1: Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio	73
Figura 12: D3: Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital	74
Figura 13: Contingencia V1: Gestión hospitalaria * V2: Cultura de seguridad..	75
Figura 14: Contingencia D1: Proceso permanente de escucha * V2: Cultura de seguridad	74
Figura 15 Contingencia D2: Propuesta estratégica compartida * V2: Cultura de seguridad.....	77
Figura 16: Contingencia D3: Liderazgo para el cambio * V2: Cultura de seguridad.....	78
Figura 17: Contingencia D4: Plan compartido * V2: Cultura de seguridad	79
Figura 18: Contingencia D5: Nueva competencia organizacional * V2: Cultura de seguridad.....	80

I. INTRODUCCIÓN

La Gestión Hospitalaria es la función básica del proceso administrativo hospitalario que permite que sea optimizar la oferta hospitalaria a una demanda de necesidades de atención de salud, en la que una gestión objetiva y una adecuada planeación, proporciona la toma de decisiones y gestión administrativa de manera eficiente y oportuna. Por ello, las actividades de gestión de la calidad, su medición y mejora deben considerarse como una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en los servicios de salud, para conocer el nivel de calidad logrado por los servicios que presta el sistema de salud y orientar así las acciones de mejora continua. Una selección de indicadores con marcos conceptuales y metodológicos unificados con objetivos estandarizados posibilitará la identificación de oportunidades de mejora en Hospitales e Institutos de salud, involucrando las áreas y procesos clínicos relevantes atendidos en los centros hospitalarios, en el que la participación y compromiso de todos los profesionales es indiscutible para la medición de la calidad. (Citado por Ministerio de Salud 2013, p. 9)

Este sistema de gestión hospitalaria se complementa con las estaciones clínicas adaptadas a los diferentes profesionales sanitarios ofreciendo un sistema íntegro y homogéneo.

Características generales de la gestión hospitalaria

Continuidad Asistencial e integración de la información: Fundamentado en un formato de registro de salud único que permite que la historia clínica de un paciente esté disponible dónde y cuándo sea necesaria para su tratamiento.

Modularidad, adaptabilidad y capacidad de crecimiento: sistema de información global adaptable y extensible. Sistema parametrizable y configurable para cada organización.

Servicios de interoperabilidad: adaptados a los sistemas de información y necesidades particulares de cada organización. Interoperabilidad basada en estándares.

Seguridad y fiabilidad de la información. Implementación de los mecanismos necesarios para el cumplimiento de la LOPD. Identificación basada en claves de usuario, o integrada con sistemas biométricos (huella digital) o con certificado digital.

Siendo así la gestión hospitalaria, la presente investigación se centró en la relación que existe entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.

1.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

Inca, (2016), presentó la tesis “Modelo de gestión de calidad en el servicio de laboratorio clínico en el Hospital Básico Privado Durán de la ciudad de Ambato en el año 2015”, tuvo como objetivo principal Diseñar un Modelo de Gestión para la Calidad del servicio de Laboratorio Clínico del Hospital Básico Duran en la ciudad de Ambato durante el año 2015 para mejorar la calidad de la asistencia. La muestra se conformó de 100 personas. Esta investigación fue de estudio descriptivo con enfoque cuantitativo; las conclusiones fueron: a) El desconocimiento de un modelo de gestión en calidad de servicio de laboratorio clínico dentro del Hospital Básico Privado Duran y la mala calidad de atención se evidencian en el descontento de los pacientes después de haber sido atendidos. b) Es de suma importancia un Modelo de Gestión de Calidad en el Servicio de Laboratorio del Hospital Básico Privado Duran para obtener un mayor beneficio para el usuario y para el Hospital.

Giménez, (2013), elaboró el estudio “Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón”. El objetivo de la tesis fue Analizar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales con responsabilidades relacionadas con la dirección y gestión en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón. La muestra fue constituida por 175 profesionales con puestos directivos y

de gestión del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia, y del Servicio Aragonés de Salud en ejercicio profesional durante los meses de abril y mayo de 2011, estudio de tipo descriptivo y corte transversal. Las conclusiones fueron: 1. La cultura de la seguridad del paciente entre los profesionales que ocupaban un cargo directivo en el Servicio Aragonés de Salud puede considerarse como adecuada en su conjunto y similar a la observada en otros colectivos profesionales y otros ámbitos asistenciales. 2. Al analizar las dimensiones incluidas en el cuestionario, ninguna de las mismas se identifica rotundamente como fortaleza o debilidad por los encuestados. Destacan como aspectos positivos las actitudes directivas frente a la seguridad del paciente, mientras que existe una percepción negativa de las cuestiones relativas a participación de los pacientes, compromiso de la organización, participación de los profesionales, existencia de mecanismos de respuesta inmediata para informar al paciente y a su familia ante la aparición de eventos adversos graves, la inexistencia de asesoría a profesionales cuando ha ocurrido un incidente relacionado con la seguridad del paciente y la no utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo.

Navas & Ulloa, (2013), realizaron la investigación titulada “Evaluación de la calidad de los servicios de salud ofertados por el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig” en la Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador, cuyo objetivo general fue coordinar acciones para alcanzar la consolidación y mejoramiento del sistema nacional de salud a través del desarrollo de políticas y programas de servicio a la salud que realiza el gobierno a través de sus delegaciones y con el concurso de los sectores sociales y privados que prestan servicios de salud a fin de dar efectividad creciente al derecho de la protección de la salud. La muestra fue de 131 pacientes; asimismo, el tipo de estudio fue descriptivo transversal. Las conclusiones fueron: Los usuarios se encuentran medianamente satisfechos con la calidad de gestión en salud; asimismo, muestran una total insatisfacción sobre el equipamiento y material de laboratorio del mencionado centro hospitalario.

Antecedentes nacionales

Rojas, (2015), realizó la investigación titulada “Nivel de conocimiento y grado de cumplimiento de las medidas de bioseguridad en la protección personal en el personal de enfermería que labora en la estrategia nacional de control y prevención de la tuberculosis de una Red de Salud - Callao 2015” en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cuyo objetivo general fue Determinar el nivel de conocimiento y el grado de cumplimiento de las medidas de bioseguridad en el uso de la protección personal, aplicadas por el personal de enfermería que labora en la estrategia nacional de prevención y control de la tuberculosis en la Red Bonilla-La punta Callao. El estudio fue de tipo cuantitativo de corte transversal, con una muestra de 25 usuarios internos entre enfermeras y técnicos. Las conclusiones fueron: 1. La mayoría del personal de enfermería presenta el nivel de conocimiento alto a medio y el grado de cumplimiento parcial, destacando el uso de guantes y el lavado de manos con antisépticos. 2. El nivel de conocimiento acerca de las medidas de bioseguridad en el uso de la protección personal del personal de enfermería en la mayoría es alto a medio con respecto al uso de barreras físicas como el uso de gorros, mas no en el uso de mandiles; y en las barreras químicas el lavado de manos. 3. El grado de cumplimiento de las medidas de bioseguridad en el uso de la protección personal es parcial en la mayoría del personal encuestado sobre todo en el uso de barreras físicas, como el uso de mandilones y guantes, y en las barreras químicas el lavado de manos después en cada procedimiento.

Alvarado, (2014), presentó su tesis “Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval”, cuyo objetivo general fue determinar la relación que existe entre el Clima Organizacional y la Cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval.. El diseño del estudio fue no experimental, la muestra probabilística de tipo estratificado clasificando a los médicos y enfermeras de acuerdo a su profesión. La muestra estaba conformada por 234 sujetos. Las conclusiones fueron: 1. El análisis de la diferencias entre el personal de salud, hombres y mujeres, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente, indica que

existen diferencias estadísticas significativas en los casos de Seguridad brindada por la Dirección, Frecuencia de sucesos notificados, Seguridad desde la atención primaria y en el Total de la Cultura de seguridad del paciente, apreciándose que las mujeres presentan promedios más altos que los varones. 2. El análisis de la diferencias entre el personal de salud, médicos y enfermeras, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente, indica que existen diferencias estadísticas significativas en todos los casos, apreciándose que los médicos presentan promedios más altos que las enfermeras.

Arias & Ruiz, (2014), realizaron la investigación titulada “Aplicación web y móvil de monitoreo y control del tratamiento de los pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”. en la Universidad de san Martín de Porres. El objetivo general fue desarrollar un sistema de monitoreo y control de tratamientos de los pacientes dependientes discapacitados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. El estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, y cuantitativo, la muestra se conformó por 95 colaboradores. Las conclusiones fueron: 1. Mediante la implementación de la solución se ha logrado que el hospital realice un seguimiento minucioso de los tratamientos de farmacología para el beneficio del hospital y sobre todo de los pacientes, ya que les permitió a estos tener la información y los tiempos en que tenían que administrarse un medicamento. 2. El uso del aplicativo web y móvil ha permitido a los pacientes que realicen el consumo de los alimentos balanceados según de la dieta que les designo un doctor en los días y duración establecidos. 3. La nueva forma del monitoreo y control de tratamientos de pacientes hace que se pueda permitir almacenar información estadística de todas las personas que estén cumpliendo y/o empleando el aplicativo web y móvil lo que nos brinda resultados exactos del cumplimiento del tratamiento médico para consultas futuras. Así mismo no hay pérdidas de información sobre las recetas y citas para los tratamientos. 4. El control de las citas de los pacientes que hace uso del aplicativo web y móvil en el hospital se realiza con mayor fluidez y en las fechas establecidas incrementando y mejorando la continuidad de la atención proporcionada a los pacientes. 5. Finalmente la implementación del aplicativo web

y móvil que lleva por nombre “Loayzalud” ha incrementado la calidad en salud de los tratamientos de los pacientes.

Merino & Reyes, (2014) elaboraron su trabajo de investigación “Modelo para evaluar la calidad del servicio al usuario atendido en consulta externa en los establecimientos de salud en el Perú”, siendo su objetivo general fue desarrollar un modelo que permita comprender el comportamiento de las variables asociadas a la mejora de la calidad del servicio al usuario de consulta externa en los establecimientos de salud en el Perú. La investigación fue aplicada, cuantitativa, transversal, explicativa y no experimental. La muestra poblacional fue 1370 usuarios de consulta externa, de 15 años y más de edad atendidos en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidades y Clínicas. Y las conclusiones fueron: 1. Usando el modelo de ecuaciones estructurales se logró identificar las variables que más impactan sobre el nivel de satisfacción del usuario con el servicio recibido de consulta externa en el establecimiento de salud. 2. Bajo el estudio realizado, se pudo concluir que la percepción sobre la calidad recibida del personal médico, no médico y administrativo; así como la calidad de la infraestructura del establecimiento de salud impactaron significativamente en el nivel de satisfacción del usuario atendido por consulta externa o ambulatoria y por ende, estas influyeron en la calidad de servicio de consulta externa en los establecimientos de salud del Perú. 3. Por otro lado, las variables que no influyeron en gran medida en la satisfacción del usuario del servicio de consulta externa de los establecimientos de salud son: la duración de la atención dentro del consultorio y el vestuario del personal administrativo, no médico y médico.

Paz, (2009), presentaron el estudio “El control interno de gestión de las clínicas privadas de Lima Metropolitana”, cuyo objetivo general fue Evaluar los efectos que tiene el Control Interno en la Gestión de Servicios de Salud en las Clínicas Privadas. El estudio es de tipo aplicada y descriptiva, asimismo, se aborda con un enfoque cuantitativo. La muestra de 80 personas entre Gerentes, Funcionarios y Servidores, las mismas que se detallan a continuación de cuatro clínicas privadas. Se concluye señalando como producto de la recopilación de los

datos de las encuestas, hemos determinado que los controles internos aplicados inciden favorablemente en la Gestión de Servicios de Salud en las Clínicas Privadas de Lima Metropolitana, llegando a las siguientes conclusiones: a. Se ha determinado que el establecimiento adecuado de las metas y objetivos del Control Interno facilita evaluar las políticas de trabajo a nivel de las Clínicas Privadas. b. Se ha precisado que los procedimientos en la ejecución del Control Interno permiten evaluar las estrategias en estas organizaciones privadas.

1.2. Fundamentación científica, técnica o humanística

La variable gestión hospitalaria se fundamenta teóricamente con Collins,D.; Njeru, G.; Meme, J.; Newbrander, W. (1999) quienes consideraron “La autonomía hospitalaria involucra a hospitales públicos que transitan entre ser parte del sector público de salud y el ser instituciones que cuenten con mayor espacio en su gobernanza y gestión” (Citado por Mendez & Torres, 2010, p. 268)

La autonomía hospitalaria, según McPake (1996) tiene “Como objetivos, la autonomía busca mejorar la eficiencia, el reconocimiento de las responsabilidades no médicas, la rendición de cuentas y la elección de prestaciones por los usuarios”. Citado por Mendez & Torres, 2010, p. 268). Así mismo, “Busca mejorar la calidad de los cuidados, disminuir los costos e incrementar los excedentes institucionales” (Sharma & Hotchkiss, 2001, citado por Mendez & Torres, 2010, p. 368)

Según Hernández (2002) “En Colombia, con la entrada en vigencia de la Ley 100 los hospitales públicos se transformaron en las Entidades Autónomas del Estado, pudiendo determinar contratos con las Empresas Promotoras de Salud (EPS)”. (Citado por Mendez & Torres, 2010, p. 368)

Por su parte, Echeverri (2008) señaló: “Las IPS serían aquellas instituciones sanitarias públicas o privadas que están encargadas de entregar las prestaciones”. (Citado por Mendez & Torres, 2010, p. 368)

De los textos se deduce que la gestión de los hospitales públicos adquiere autonomía para establecer contratos con las EPS y entregar prestaciones de salud. Además, la contratación de terceros por parte de las IPS generó una mayor flexibilidad laboral y reducción en los salarios.

En cuanto al modelo de gestión hospitalaria, la Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012) estableció:

El Modelo de Gestión Hospitalaria, se define como la forma explícita de organizar, dirigir y administrar unidades hospitalarias del sector público, fundamentando su diseño en principios de equidad, eficiencia, calidad, sostenibilidad y participación ciudadana, mediante los diferentes instrumentos innovadores. La nueva modalidad de gestión que se plantea para los hospitales es un medio para lograr el objetivo central del sistema de salud, que permite asegurar a la población accesible a servicios de salud con calidad, con equidad en el financiamiento, eficiencia en la producción y participación ciudadana en su gestión. (p.18)

En el texto se puede apreciar que el MGH es el signo de cómo administrar el sistema de salud bajo los principios de equidad, eficiencia, calidad, sostenibilidad y participación ciudadana con el único fin de asegurar el acceso a los servicios de salud.

Características del Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH)

En cuanto a las características del Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH) la Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012) estableció:

- **Eficiente.** Persigue vincular de forma clara el volumen de producción de servicios, sus costos reales y el financiamiento; otorgándole a los gestores la responsabilidad de tener que organizar el proceso productivo y el aprovisionamiento de los insumos siguiendo métodos modernos de gestión.

- **Gestión sistémica por procesos.** La conducción del hospital en un ambiente de mayor autonomía exige una reorganización institucional, partiendo de la redefinición de la misión y visión del hospital y redefiniendo sus sistemas organizacionales y procesos para enfocarlos al usuario, brindando calidad y la responsabilidad de los profesionales, aplicando el enfoque sistémico y de gestión por procesos.
- **Calidad técnica y percibida.** El hospital abordará ambas vertientes para asegurar el desarrollo de una cultura de la calidad en el cumplimiento de su misión; enfocando la calidad técnica a todas las funciones que realiza el hospital a través de los procesos rediseñados sujetos de medición y a través de mejora continua mediante el monitoreo de indicadores de entrada, procesos y resultados. La calidad percibida determinada por la satisfacción del usuario y vinculada con el trato hacia este, también será sujeta de seguimiento para identificar todas las oportunidades de mejora para alcanzar un usuario satisfecho.
- **Transparencia en la gestión.** La utilización de recursos públicos con una delegación en la toma de decisiones sobre su uso, impone a los gestores de servicios de salud establecer procesos bien diseñados de uso y aplicación de recursos con controles de gestión expeditos, que le permitan a todos los niveles gerenciales del hospital rendir cuentas sobre los resultados y utilización de los recursos ante los órganos contralores del estado y las instancias de control social.
- **Flexibilidad en la gestión de recursos.** El Modelo de Gestión Hospitalario también reconoce que los hospitales analizarán su propio contexto, su complejidad de servicio y las condicionantes externas para organizar la gestión interna, adecuando los lineamientos establecidos en el Componente de Gestión del Modelo de Nacional de Salud, a las necesidades particular o específica de la Red de usuarios de los servicios del hospital.
- **Relacionamiento cuasi contractual.** El financiador y el gestor de la provisión de servicios a través de un instrumento de relacionamiento, que puede ser convenio, contrato o compromiso de gestión, según la figura jurídica del gestor; acuerdan, la entrega de un financiamiento a

cambio de unos resultados en salud, medidos a través de indicadores de productividad, calidad y costos de producción, entre otros. (p.18)

Se puede apreciar que el MGH debe regirse por la eficiencia, autonomía, cultura de calidad, transparencia, flexibilidad en la gestión de recursos y el compromiso de gestión.

Principios que fundamentan el Modelo de Gestión Hospitalaria (MGH)

En cuanto a los principios que fundamentan el Modelo de Gestión Hospitalaria, la Secretaría de Salud de Honduras C.A. (2012) estableció:

- **Modelo de Gestión financiado con recursos públicos.** El financiamiento público es uno de los elementos tutelares del estado para asegurar el derecho que deben tener el acceso a servicios de salud a sus ciudadanos. El Modelo Nacional de Salud en su componente de financiamiento establece el régimen de aseguramiento subsidiado para la población pobre que requiere el país con fondos públicos, y cuyas prestaciones son brindadas por organizaciones que la Secretaría de Salud financia para este propósito.
- **El usuario como eje central del modelo de Gestión.** El rediseño de los sistemas organizacionales será orientado a mejorar, satisfacer las necesidades del usuario final, tanto en los requerimientos técnicos mínimos, como en las necesidades percibidas.
- **Gestión de la organización orientada a resultados.** Los recursos son asignados por el rector y empleados por el hospital con una clara definición de los productos definidos por el rector en base a las prioridades y necesidades de salud que son financiadas y los grupos de población beneficiaria.
- **Desarrollo local.** La Secretaría de Salud para la implementación del modelo de gestión hospitalaria, reconoce la presencia de las diferentes organizaciones con experticia y capacidad de gestión en el ámbito local,

que representan las opciones para la identificación y desarrollo de la competencia del gestor para la provisión de servicios.

- **Más cercano a la población.** Producto de la decisión política de acercar la toma de decisiones al nivel local mediante la descentralización de la gestión, se incluye la participación de diferentes instituciones y organizaciones sociales en el órgano de gobierno del hospital, quienes además de incluir en los procesos de planificación, podrán ejercer control social de la gestión del hospital mediante auditorías, encuestas de satisfacción y otras que se consideren pertinentes.(p.19)

El texto hace mención que los principios que fundamentan el MGH es que el estado asuma su rol de asegurar el financiamiento para asegurar el derecho al acceso a los servicios de salud a sus ciudadanos.

Según la Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012) La gestión de los hospitales públicos de Honduras, ha identificado el sitio donde quiere llegar, esto implica desde la perspectiva gerencial, que los equipos de conducción cuentan ahora, con la guía para cumplir la Misión Hospitalaria delegada y con una mayor posibilidad de brindar respuestas a las necesidades de salud de la población, que acude en busca de servicios, (p. 3)

Este modelo plantea un renovaci en las condiciones de trabajo, ofrece nuevas oportunidades para la Gestión de los Recursos; su implementación parte de la negociación de las metas, la calidad y el costo de la producción. En adelante, se enfrentarán las dificultades con mejores probabilidades de éxito, se tratarán con “nuevas terapias” los problemas y barreras que no han permitido hacer los cambios necesarios en los diferentes niveles de la gestión hospitalaria.

Teniendo en cuenta los objetivos de la gestión hospitalaria, la Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012) señaló:

El Modelo de Gestión Hospitalaria ofrece respuestas a las quejas y sugerencias de gestores/as comprometidas que con sus experticias han identificado, de una u otra manera la mayoría de lineamientos contenidos en este documento; lineamientos y directrices que deben ser asumidos para provocar los cambios que resolverán las necesidades administrativas sentidas y contribuirán en el incremento en el acceso y la calidad de los servicios de salud. (p.3)

En cuanto a las condiciones, una vez más, la Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012) señaló:

El Modelo de Gestión Hospitalaria debe ser visto como un instrumento absolutamente técnico, diseñado para enfrentar la problemática de los hospitales. No obstante, para lograr el éxito esperado con su implementación, deben cumplirse dos condiciones fundamentales: la primera es que el Modelo de Gestión Hospitalaria debe ser eliminado de cualquier consideración no técnica, que lo sujete e impida su desarrollo. La segunda condición es que debe considerarse una herramienta técnica de uso cotidiano, de perfeccionamiento continuo, un instrumento que todo el personal, sin excepción, lo conozca, lo consulte, lo cuestione constructivamente y lo impulse hasta su completa adopción. (p.3)

Objetivos de la Gestión Hospitalaria

Teniendo en cuenta que la gestión hospitalaria está inmersa en la gestión pública, La Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública persigue los objetivos siguientes:

- a. Promover un enfoque común en Iberoamérica sobre la calidad y la excelencia en la gestión pública, que incluya las distintas perspectivas políticas y técnicas que se encuentran presentes en los diversos niveles y sectores de las Administraciones Públicas de la región.

- b. Conformar un cuerpo de principios y orientaciones que sirvan de referencia a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos en la formulación de políticas, planes, modelos y mecanismos que se logre la mejora continua de la calidad de su gestión pública.
- c. Proponer la adopción de instrumentos que motiven la mejora de la calidad en la gestión pública, que sean flexibles y adaptables a los diferentes entornos de las Administraciones Públicas iberoamericanas y a sus diversas formas organizativas.
- d. Servir como guía para el diseño, regulación, implantación, desarrollo, mejora y afianzamiento de planes de calidad y excelencia en la gestión pública, que le permitan a las diferentes Administraciones Públicas de los Estados iberoamericanos potenciar sus capacidades y utilizarlas plenamente para acometer los retos y desafíos del desarrollo integral de sus respectivas sociedades y lograr el bienestar de sus ciudadanos. (Secretaria de Salud de Honduras C.A., 2012, p. 7)

Como se puede apreciar la gestión pública en cualquier sector tiene objetivos claros y definidos, los cuales llevan a potenciar las capacidades para el cumplimiento de metas a fin de lograr satisfacción y bienestar de los ciudadanos.

Principios de la Gestión Pública

La misma Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública estableció algunos principios:

1. Principio de servicio público
2. Transparencia y participación ciudadana
3. Principio de acceso universal
4. Principio de continuidad en la prestación de servicios
5. Principio de responsabilización
6. Principio de evaluación permanente y mejora continua (Citado por (Secretaria de Salud de Honduras C.A., 2012, p.8)

Como se puede apreciar, los principios de la gestión pública, en este caso la gestión hospitalaria tiene un marco normativo establecido, su cumplimiento o acatamiento la situaría en el ofrecimiento de un servicio de calidad y el bienestar de la comunidad en pleno.

Según la Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012, p.12) El Reordenamiento de la Gestión Hospitalaria (RGH) generaliza su implementación a inicios de 2009, en base a dos líneas específicas de intervención:

1° Reorganización orgánica – funcional: en los tres niveles de la conducción hospitalaria; que incluye cambios organizativos, ampliación de funciones; definición de relaciones de coordinación entre los niveles; rediseño sistemático de flujos de información y la uso de una serie de instrumentos que permitan operar tales cambios.

2° Rendición de Cuentas: en la que, dos instancias (El departamento de Hospitales y la Subsecretaría de Redes), tienen que establecer mecanismos de retroalimentación inmediata a los hospitales, con “abordajes técnico operativos”, y coordinación con otras instancias del Nivel Central para “apoyar en la identificación de técnicas y soluciones”, y para “retroalimentar e instruir a los directores de los hospitales en aquellas áreas que se observan débiles”.

En cuanto al modelo de gestión hospitalaria, la Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012, p.13) señaló:

El Modelo de Gestión Hospitalaria tiene como objetivo mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios hospitalarios que se brindan a la población, asegurando la participación social en la gestión y el control de los mismos, todo con la finalidad de contribuir con el objetivo del Sistema de Salud, de asegurar, mejorar los servicios con equidad, calidad y mejorando el acceso a los servicios de salud a la población, especialmente la más vulnerable y excluida.

Como se puede apreciar, la gestión hospitalaria tiene como objetivo primordial mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios hospitalarios que se brindan a la población, asimismo, el acceso a los servicios de salud.

De acuerdo a la Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012) “El Modelo de Gestión Hospitalaria establece liderar la toma de decisiones sobre quien realiza la Gestión, lo que implica que el gestor debe decidir responsablemente sobre el uso de los recursos del hospital, esto incluye los recursos financieros, humanos, materiales, físicos y tecnológicos”. (p.15)

En el texto se puede apreciar que este Modelo de Gestión Hospitalaria se rige por el empoderamiento; es decir, que el gestor tenga todo el poder para la toma de decisiones que beneficien la mejora de la calidad de servicios de salud.

El Modelo Nacional de Salud establece los fundamentos para organizar la gestión hospitalaria, para ello define: los Niveles de la Atención, la clasificación de las unidades hospitalarias, la guía para la gestión por resultados y la conceptualización del financiamiento.

Según lo establecido en el Modelo Nacional de Salud, los hospitales conforman dentro de la red de servicios el Segundo Nivel de Atención, y se caracterizan por:

- Ofertar servicios de salud, los 7 días durante las 24 horas, con capacidad de hospitalización y atención quirúrgica en cualquiera de sus modalidades: atención de urgencias, consulta externa, hospital de día, hospital sin paredes, internación, cirugía ambulatoria, general, mayor y especializada, etc.
- Ser una unidad transitoria que por referencia o urgencia médica brinda continuidad a la atención en red y garantiza el seguimiento posterior de la atención, rehabilitación y recuperación de la salud, a través de referencia a una atención complementaria y/o a un nivel superior o de mayor complejidad. (Ibid, p. 16)

La gestión hospitalaria se desenvuelve en el Enfoque de Gestión por Resultados, al respecto la Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012) señaló:

Se trata de un enfoque cuyo propósito es aumentar la eficacia y el impacto de las políticas institucionales, hace énfasis en la responsabilidad que las y los funcionarios deben asumir como equipos, por presentar los resultados de su actuación. Se incorpora como el eje técnico transformador de la gestión hospitalaria en el marco de implementación del proceso de Reforma, su finalidad es contribuir a mejorar la productividad con calidad y la eficiencia en la utilización de los recursos, con la perspectiva de elevar la condición de salud de la población. Con la implantación de este enfoque, se introduce a la gestión de los hospitales, una serie de metodologías y herramientas técnicas, para lograr consistencia entre los objetivos estratégicos y los resultados establecidos en los planes operativos del hospital. (p.16)

Como se puede apreciar en el Enfoque de Gestión por Resultados los gestores deben evidenciar los cambios positivos con resultados de calidad, debido a la implementación de nuevas metodologías y herramientas técnicas.

El enfoque de gestión por resultados se caracteriza por la adecuación flexible de los recursos, sistemas de gestión y estructura de responsabilidades, a un conjunto de resultados estratégicos y operativos precisos, definidos y dados a conocer con antelación , posibles de cumplir en un período de tiempo establecido. Dichos resultados son negociados con el ente financiador, asumidos mediante un instrumento de relacionamiento entre el financiador y el Gestor/Proveedor, monitoreados y evaluados según lo establecido en él mismo. (Ibid, p.17)

Una vez más se puede apreciar que la Gestión por Resultados se puede sintetizar de la siguiente manera:

1. Planificación por Resultados;
2. Organización por Resultados;

3. Dirección por Resultados;
4. Coordinación por Resultados y
5. Control por Resultados.

Este Modelo de Gestión por Resultados se dirige hacia las 4 “M” de Deming:

1. “M” Mano de Obra. Los Recursos Humanos
2. “M” Materiales. Recursos Materiales e insumos necesarios.
3. “M” Máquinas. Equipamiento e infraestructura
4. “M” Métodos. Políticas, Normas, Protocolos, Manuales y Guías.

A estas 4 “M”, se agrega de Manera especial la gestión de los Recursos Financieros. (Ibid, p.17)



Figura 1: Esquema de la gestión por Resultados
Fuente: Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012, p.17)

Organización de la Gestión Hospitalaria

Según la Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012) la organización de la Gestión Hospitalaria se fundamenta:

El Modelo de Gestión Hospitalaria descansa en dos pilares fundamentales:

1. La Mesogestión ó Gestión Hospitalaria
2. La Microgestión o Gestión Clínica - Asistencial.

Ambos pilares incluyen acciones innovadoras que persiguen como objetivos la calidad, efectividad y eficiencia en la red de servicios del Sistema de Salud, para responder a la misión establecida para el Segundo Nivel de Atención.

La Gestión Hospitalaria se realiza de forma armónica dentro de una red, establecida mediante criterios normativos para responder a las necesidades de salud de una Población. (p.21)

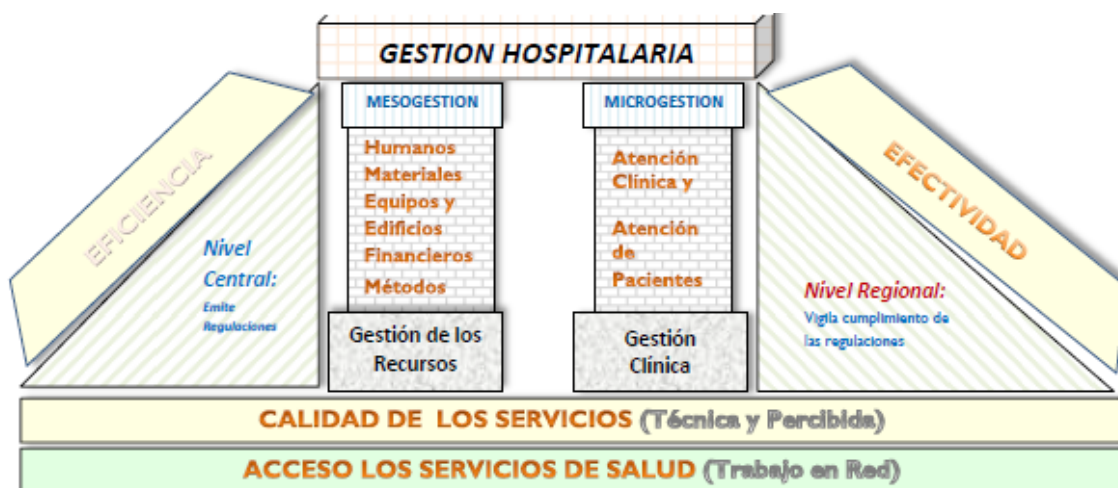


Figura 2: Esquema de la gestión Hospitalaria

Fuente: Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012, p.17)

Para la implementación y desarrollo del Modelo de Gestión Hospitalaria, se requiere de responsabilidades que deben ser asumidas con compromiso y eficacia por los niveles de la Gestión Rectora y Conductora: a Nivel Nacional, Nivel Región y Local.

Niveles de mando en la Gestión Hospitalaria

Según la Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012), para el Modelo de Gestión Hospitalaria, se establecen tres niveles de actuación:

1. **Conducción Estratégica:** La conducción estratégica del hospital estará bajo la responsabilidad de una Instancia Colegiada que dirigirá el hospital y el/la Gerente General quién será quien es responsable de implementar las políticas y decisiones estratégicas del hospital.
2. **Conducción Táctica:** Constituida por instancias de dirección responsables de la Gestión de los Sistemas que desarrollan los procesos operativos. Estas instancias realizan una gestión importante,

jugando roles de decisión, y de coordinación entre la Gerencia General y los Sistemas operativos del hospital.

3. **Conducción Operativa:** La ejercen las y los Gestores de los Sistemas de la Microgestión, la gestión de la atención clínica y asistencial, dedicados a desarrollar con calidad los procesos, procedimientos y actividades misionales del hospital necesarios para la atención directa de pacientes, familiares y público en general. (p.24)

El texto hace mención la importancia de la línea de conducción o mando en la Gestión Hospitalaria, siendo esta la Instancia Colegiada que asume la gerencia general de cada nosocomio. Al mismo tiempo, las instancias de dirección y finalmente la instancia operativa ligada a la atención directa a los pacientes y público en general.

El equipo encargado de este sistema debe garantizar el alineamiento de la organización hacia la consecución de logros, en tal sentido, conducirá los acuerdos de gestión hacia lo interno del hospital, los cuales se deberán suscribir anualmente con gerentes de los Departamentos de Gestión Clínica. En dicho acuerdo, se establecerán además, por parte de la Gerencia General, las diferentes acciones administrativas que se le delegarán al nivel de la Microgestión o Gestión Clínica del hospital. (Ibid)

Sobre la Gestión Hospitalaria y el Modelo de Atención Integral en Salud Artaza, y otros (2014) señalaron:

El nuevo modelo de gestión hospitalaria se fundamenta en el Modelo de Atención Integral en Salud. Este Modelo se define como: El conjunto de acciones que incentiven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente

proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural, es decir, un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y en red.

El texto hace mención que la Gestión Hospitalaria y el Modelo de Atención Integral en Salud es el conjunto de acciones que facilitan la entrega de servicios en salud de manera eficaz, eficiente y oportuna.

Los establecimientos hospitalarios, en adelante “los establecimientos”, son organizaciones de servicios que cumplen una función social esencial. Necesitan desarrollar una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman todo su entorno, sepan identificar, detectar y proyectarse a las necesidades de sus usuarios, adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de las comunidades, especialmente en el sector sanitario, donde desde la red asistencial, se exige respuestas concordantes con el modelo de atención, crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes. (Artaza, y otros, 2014,p.8)

El texto hace mención que la Gestión Hospitalaria en el Modelo de Atención Integral de Salud son los que cumplen la función social escuchando y atendiendo las demandas de a población en cuanto a la salud.

Según Artaza, y otros (2014) Los establecimientos hospitalarios deben desarrollar una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman el entorno de la organización, sepan identificar, detectar y proyectarse a las necesidades de la red y sus usuarios, quienes exigen respuestas crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes. (p.19)

Queda muy claro que las organizaciones hospitalarias se desarrollarán solo si la gestión se da en base a saber escuchar y comprender el entorno detectando las necesidades de los usuarios.

“Es así, que los establecimientos necesitan desarrollar la capacidad estratégica para cambiar intencionada y frecuentemente; por lo tanto, lo crítico para la construcción del establecimiento del mañana es la habilidad para aprender a cambiar, o lo que es lo mismo: la capacidad institucional para aprender a escuchar, comprender, adaptarse y desarrollarse”. (Ibid)

El texto precisa que los centros hospitalarios necesitan desarrollar la capacidad estratégica de cambio; esto será posible en la medida que los gestores desarrollen las habilidades para aprender a cambiar, lo que conlleva a saber escuchar, comprender, adaptarse y desarrollarse.

Finalmente consideró: “El cambio institucional implica procesos y éstos fundamentalmente corresponden a renovación culturales o paradigmáticos que no son anecdóticos sino profundos a nivel de los campos cognitivos, actitudinales y de las normas sociales, los cuales tienen la premisa de que sólo de manera consciente y voluntaria las personas modificarán su comportamiento”. (Ibid)

En el cambio institucional están implicados valores, personas, cultura y liderazgo; se recibe influencias de condicionantes internos y externos; se enfrenta resistencia y obstáculos; hay luchas de poder entre los diferentes grupos internos y externos involucrados o afectados que modulan los avances y retrocesos, como también hay aciertos y errores en tácticas o estrategias, a los que hay que estar dispuesto a encontrarse en el camino del cambio.

Dimensiones de la Gestión Hospitalaria

Artaza, y otros (2014) establece las siguientes dimensiones de la Gestión Hospitalaria:

1. **Proceso permanente de escucha:** Involucra manejo de información, capacidad de reflexión, retroalimentación, desarrollo de una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman el entorno de la organización.

2. **Propuesta estratégica compartida:** involucra la razón de ser del centro hospitalario, el factor estratégico, el trabajo institucional, los procesos sistemáticos de entrenamiento en servicio de acuerdo a las necesidades.
3. **Liderazgo para el cambio:** Involucra capacidad de influencia transformadora de la conducta organizacional, movilización de la organización para el cumplimiento de su función pública, cumplimiento de objetivos estratégicos precisos y verificables y cumplimiento efectivo de la misión institucional.
4. **Plan compartido:** Involucra participación organizada, objetivos comunes, gestión participativa y liderazgo facilitador.
5. **Nueva competencia organizacional:** Involucra aprendizaje para el cambio, cultura de aprendizaje, relaciones de cotidianidad de la organización, proceso de cambio de cultura y aprendizaje y desarrollo continuo de nuevas capacidades.

La variable cultura de seguridad del paciente, teóricamente se sustenta con Pérez (2014) que señaló:

Implementar una cultura positiva de seguridad del paciente previene la aparición de eventos adversos e incidentes, y esto permite aprender de los errores, busca la causa raíz y modifica los procedimientos con el fin de evitar la reaparición de los errores. La evaluación de la seguridad del paciente se lleva a cabo a partir de la aplicación de encuestas las cuales tienen varios beneficios. (p.52)

Se deduce la importancia de efectuar la puesta en marcha de la cultura de seguridad del paciente en todo centro hospitalaria, a través de la cultura de la prevención; todo esto, con la finalidad de evitar la aparición de errores o simplemente negligencia médica.

Asimismo, añade: “La Seguridad del paciente de acuerdo a la OMS se define como la ausencia de un daño innecesario real o potencial asociado a la atención sanitaria”. (p.53)

Del texto se infiere que la seguridad del paciente está vinculada a la aparición de errores causados por acciones médicas equivocadas.

Campos, Martínez, & Chavarría (2010) sobre la cultura de seguridad señaló:

Implementar una cultura positiva de seguridad del paciente previene aparición de eventos adversos e incidentes, busca la causa raíz, modifica los procedimientos y permite aprender de los errores para evitar la reaparición de estos. Cada organización necesita una estructura y herramientas para mejorar la seguridad y calidad de la atención; la identificación y notificación de eventos adversos y fuentes de riesgo debería ser prioridad en todos los hospitales.

Para incorporar una cultura positiva de seguridad se necesita unir una gama amplia de conocimientos médicos, epidemiológicos, habilidades de comunicación y una actitud humanista. (p.53)

Como se puede apreciar la importancia de implementar en toda organización, especialmente en organizaciones de salud, una cultura de seguridad o la puesta en marcha de una gerencia de gestión de riesgos a fin de asegurar la calidad de atención.

Por su parte Shteynberg, Sexton, & Thomas (2005) señalaron: “Identificar la causa raíz de los errores en los procesos médicos y los procedimientos de las instituciones de salud, permite evaluar la confiabilidad de los mismos; tradicionalmente para evaluar la seguridad del paciente se han evaluado variables de manera retrospectiva (por ejemplo, las muertes, los incidentes y los accidentes)” (Citado por Pérez, 2014, p. 53)

Se deduce la importancia de situar de la causa del error de todo procedimiento en las instituciones de salud con la finalidad de mejorar la seguridad del paciente.

Por su parte la OMS (2013) señaló:

La evaluación de la seguridad del paciente se lleva a cabo a partir de aplicación de encuestas que cuentan con varios beneficios: permiten hacer el diagnóstico situacional de la cultura de seguridad, mejoran el grado de conciencia sobre la seguridad del paciente, encontrar la necesidad de capacitación del personal (incluyendo aquellos en formación), ayudan a formular y cumplir acciones de seguridad del paciente, contribuyen a evaluar acciones o programas específicos de seguridad del paciente y permiten evaluar los cambios a través del tiempo. (Citado por Pérez, 2014, p. 53)

Según la OMS, la forma de garantizar la seguridad del paciente es a través de un diagnóstico situacional detectando a tiempo las causas de los errores médicos o negligencia médica, lo cual conllevará a las toma de decisiones, siendo el primero la capacitación del personal.

Una vez más, Pérez (2014) señaló:

Las instituciones y los hospitales, aunque intentan activamente involucrarse dentro de la cultura de seguridad del paciente, aún están lejos de lograr los objetivos impuestos en materia de cultura de seguridad del paciente. Sin embargo, no son objetivos inalcanzables de lograr, pues encontrar las deficiencias en el sistema es el primer paso para poder arreglarlo, siempre y cuando se tenga la disposición para el cambio, así como observar que la cultura de seguridad del paciente actual no es la adecuada. (p.57)

Este texto preocupa mucho porque pone a luz la ocurrencia en los centros hospitalarios que intentan ubicarse dentro de la cultura de seguridad del paciente, pero que no lo están logrando. Esto no es posible, porque aún no hay disposición

institucional para el cambio; es decir, no logran observar que la cultura de seguridad puesta en marcha en dicha organización no es la adecuada.

Según la Organización Mundial de la Salud (2008) señaló:

En la literatura y en la práctica cotidiana, se reconocen circunstancias que conectan los eventos adversos que culminan en errores en la atención en salud. Eso ha generado millones de muertes en el mundo entero. En el año de 2004, fue creada la Alianza Mundial para Seguridad del Paciente por la Organización Mundial de Salud (OMS), con el objetivo principal de movilizar esfuerzos globales en la seguridad del cuidado en salud para todos los pacientes. (Citado por Wegner & Rubim, 2012, p. 2)

El texto hace referencia a la creación de la Alianza Mundial para Seguridad del Paciente por la OMS, esto, a razón de los antecedentes que ha generado millones de muertes en el mundo. El objetivo de esta Alianza es movilizar a todo el mundo por el cuidado de la salud para todos los pacientes.

Se entiende por seguridad del paciente como la reducción al mínimo aceptable del riesgo de daños innecesarios durante la atención a la salud. Esas estrategias buscan evitar, precaver y minimizar los resultados provenientes de eventos adversos consecuentes de las prácticas de atención en salud asociadas al cuidado.

Dussel y South (2014) sostuvieron: “Cuidar enseñando que la vida –propia y ajena– es valiosa y que hay que protegerla y celebrarla; cuidar valorando lo público que, mejor o peor, hemos construido entre otros y debe ser cuidado entre todos” (p.7)

Los autores refieren que todos estamos llamados cuidar, proteger y celebrar la vida enseñando que la vida propia y ajena es valiosa.

Por su parte la OMS (2010) señaló:

Cada año decenas de millones de pacientes de todo el mundo sufren daño o fallecen como consecuencia de una atención sanitaria no segura. En distintos lugares del mundo se está realizando un esfuerzo organizado para conocer cuáles son los principales riesgos de la atención de la salud, identificar sus causas y desarrollar y poner en práctica soluciones efectivas a esos problemas. Conocer la realidad es el primer paso para diseñar soluciones dirigidas a evitar los riesgos y a disminuir la carga de enfermedad asociada a incidentes involuntarios en los cuidados de salud. (p.1)

En el texto la OMS hace mención de los millones de personas que sufren daños o fallecen en el mundo entero a causa de errores médicos o negligencias, ante ello, precisa, que se debe identificar las causas a fin de no repetirlas; al mismo tiempo, trabajar con programas de prevención desde las gerencias de gestión de riesgos.

A pesar de que la intención de los servicios de salud es prevenir o curar enfermedades, en demasiadas ocasiones la atención sanitaria causa daño a sus usuarios. Algunas infecciones, lesiones ocasionadas por intervenciones médicas, amputaciones de órganos o miembros equivocados, intoxicaciones o incluso la muerte por la utilización de dosis equivocadas de un fármaco, se deben a incidentes o eventos adversos ocurridos en la atención sanitaria. (Ibid, p.2)

La Organización Mundial de la Salud (2010, p.3) precisa algunas razones para pensar en la seguridad del paciente:

- Se estima que uno de cada diez pacientes hospitalizado presentará un incidente que le provocará daño durante su estancia. Esta cifra, estudiada en países con economías medias y altas, no se conoce aún en países con economías emergentes, pero se piensa que en éstos la magnitud del problema puede ser aún mayor.

- Según estimaciones realizadas, en un día cualquiera, 1,4 millones de personas están sufriendo en el mundo alguna infección adquirida en el entorno sanitario.
- En algunos países, uno de cada diez ingresos en el hospital es debido a reacciones adversas a medicamentos.
- Lo que es más grave es que alrededor de la mitad de los incidentes que provocan daño podrían haberse evitado con los estándares actuales de cuidados sanitarios. A veces con pequeños gestos, tales como el lavado de las manos o la utilización sistemática de una hoja de verificación, se puede contribuir a salvar muchas vidas.
- Los incidentes que causan daño pueden tener consecuencias muy negativas para los pacientes que los sufren: además del daño físico y moral, las lesiones pueden producir bajas laborales temporales, permanentes o incluso, en algunos casos extremos, su muerte.
- En algunos países se ha calculado que ocasionan un coste económico anual de varios miles de millones de dólares, debido a que estos incidentes, además de producir bajas laborales, incrementan los días extra en el hospital y hacen que se consuman muchos más recursos (más medicación, más intervenciones quirúrgicas, más pruebas diagnósticas, más cuidados en general).
- Por todo ello, la falta de seguridad en la atención es considerada hoy en día como un problema de salud pública mundial y, como tal, se deben dedicar todos los esfuerzos posibles para combatir contra este problema.
- Todas las personas y entidades que de un modo u otro tienen que velar por los cuidados de los pacientes (no sólo el personal sanitario, sino también las personas con responsabilidad en la gestión y en la

autoridad sanitaria) son esenciales para que se logre establecer una cultura de seguridad.

- Los propios pacientes, adecuadamente informados, pueden también ayudar a mejorar su seguridad.

Según la OMS, el problema de seguridad de los pacientes en los centros hospitalarios es muy serio, porque señala cifras de pacientes que están expuestas permanentemente al riesgo; y lo más grave es que la mitad de los casos cifrados podían haberse evitado cumpliendo irrestrictamente los protocolos y estándares de seguridad; asimismo, hace un llamado a todas las personas y entidades que tienen la responsabilidad de cumplir y hacer cumplir las normas de seguridad de los pacientes; este llamado es también para los propios pacientes.

Según Gómez, y otros (2011) “La seguridad del paciente es un tema vigente y de obligatoria documentación para todos los trabajadores del área de la salud” (p. 363)

Asimismo, añadió: “La cultura de seguridad del paciente es un lineamiento fundamental que influye en la calidad de la atención, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud” (p. 364)

“Se resalta la importancia de crear una cultura de seguridad del paciente en la práctica profesional con el objetivo de brindar el máximo de satisfacción y bienestar a los pacientes” (Ibid)

Los textos hacen mención que el tema de seguridad involucra y obliga a todos los trabajadores de salud; en ella está inmerso la calidad de atención que deben brindar los centros hospitalarios y la satisfacción de los usuarios o pacientes.

Por su parte, Cabañas (1994) dijo:

La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud.

Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportadas con la evidencia científica, que se realizan con el fin de disminuir el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad. (Citado por Gómez, y otros, 2011, p. 364).

El autor define a la seguridad como ausencia de daños físicos que pueden ser ocasionados durante el procedimiento médico. Estos daños pueden ser prevenidos o minimizados, solo si los responsables del proceso y procedimiento médico cumplan los estándares de seguridad del paciente.

La Organización Mundial de la Salud (2009) afirmó: “la seguridad es un principio fundamental de la atención al paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad. Mejorarla requiere una labor compleja que afecta a todo el sistema, en la que interviene una amplia gama de medidas relativas a la mejora del funcionamiento, seguridad del entorno y la gestión del riesgo”. (Citado por Gómez, y otros, 2011, p. 364).

En esta parte se puede apreciar la sentencia de la OMS que considera a la seguridad como un principio fundamental de la atención al paciente; a la vez un componente crítico de la gestión de calidad, su mejora involucra a todo el sistema de salud, quienes deben implementar la gestión de riesgos.

León (2006) dijo: “En la práctica de enfermería, este concepto está implícito en el acto de cuidado porque hace referencia a los fundamentos de la profesión entendida como una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado” (Citado por Gómez, y otros, 2011, p. 364).

El texto hace mención que la cultura de seguridad está ligada al campo de la enfermería, dado a que esta profesión se identifica con el cuidado de los pacientes.

La Organización Mundial de la Salud (2009) afirmó: “Enfermería siempre ha demostrado habilidad y compromiso con la seguridad del paciente, desde que Florence Nightingale, la precursora de esta ciencia, afirmó que “las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados...” (Citado por Gómez, y otros, 2011, p. 364).

Sobre la profesión de enfermería, la OMS refiere que esta siempre ha demostrado capacidad y compromiso con el cuidado y seguridad del paciente.

Una vez más la Organización Mundial de la Salud (2009) sentenció:

Aun así, las iniciativas relacionadas con la seguridad del paciente han encontrado dificultades en su proceso de implementación pues el término “seguridad del paciente”, aunque cada vez es más utilizado, adopta diferentes significados entre los profesionales de la salud y las revisiones de estos conceptos en la práctica son todavía dispersas. (Citado por Gómez, y otros, 2011, p. 364).

Una vez más la OMS de las dificultades que siempre se han dado en el sector salud cuando esta pone en marcha el proceso de implementación sobre la seguridad del paciente.

“Además se ha encargado de proponer y socializar lineamientos de cuidado, principalmente a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, que comenzó a funcionar en octubre de 2004” (Ibid)

Una vez más la Organización Mundial de la Salud (2009) señaló “la falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países de todo nivel de desarrollo”

Ante esta situación plantea un método para generar interacciones e intercambio de conocimientos entre los países miembros, que les permitan

facilitar el desarrollo de nuevas estrategias y políticas que generen una disminución en las estadísticas de eventos adversos derivados de la atención en salud globalmente. (Citado por Gómez, y otros, 2011, p. 364).

Los textos hacen referencia sobre el problema de seguridad de los pacientes que siempre ha afectado a la salud pública de todos los países, ante este hecho se han formado la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente; al mismo tiempo, el intercambio de conocimientos entre los países miembros.

En su turno, el Ministerio de la Protección Social de Colombia (2006) señaló: En Colombia, el término cultura de seguridad del paciente abarca tanto el conocimiento como la puesta en marcha de iniciativas que respondan a los lineamientos de seguridad del paciente vigente, que tienen origen en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS). Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, constituye el ambiente de despliegue de las acciones de seguridad del paciente, las cuales deben darse en un entorno de confidencialidad y de confianza entre ellos, los profesionales y la comunidad. (Citado por Gómez, y otros, 2011, p. 364).

En el texto se puede observar el avance que ha tenido la seguridad del paciente en la salud pública en Colombia, esto debido a la política de implementación de los lineamientos de seguridad del paciente de forma obligatoria, esto ha servido para garantizar la la calidad en salud.

Finalmete, Gómez, y otros (2011) señalaron: “La cultura de seguridad del paciente es una temática de gran valor para el cuidado de la salud con un enfoque de calidad y excelencia; por lo tanto, es de vital importancia documentar su situación en el país y en el ámbito institucional consolidar las bases teóricas que propicien acciones para lograr el máximo de bienestar de los usuarios y trabajadores de la salud” (p. 372)

En el texto se puede apreciar que el tema de la cultura de seguridad del paciente debe ocupar el primer orden de prioridad y valor por tratarse del cuidado de la salud; y solo así se estaría trabajando por una salud de excelencia y calidad, esta forma de gestión de salud debe replicarse en todos los países para generar bienestar en los usuarios internos y externos.

Dimensiones de la cultura de seguridad de los pacientes

El Ministerio de Salud y Consumo (2005, p. 11) estableció las dimensiones de seguridad de los pacientes, siendo las siguientes:

1. **Cultura de seguridad:** que a su vez involucra a las Frecuencias de eventos notificados y Percepción de seguridad.
2. **Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio:** que involucra a las Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad, Aprendizaje organizacional/mejora continua, Dotación de personal y Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.
3. **Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital:** que involucra el Trabajo en equipo entre unidades/servicios, Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades

Una vez más, la Organización Mundial de la Salud (2009) señaló: “La reducción del riesgo de daños innecesarios asociados con la asistencia de salud hasta un mínimo aceptable es una cuestión reconocida a nivel mundial como un componente importante para el logro de la seguridad del paciente y calidad de servicio”. (Citado por Camargo, Queiroz, Silvestre, De Canargo, & Bauer, 2014, p. 337)

Por su parte, Bonato (2011) señaló:

En los servicios de salud, la calidad se ha convertido en una ventaja competitiva para las organizaciones hospitalarias. La sociedad exige cada vez más la excelencia en los servicios que a ella son prestados, lo que hace que sea esencial la creación y adecuación en los procesos organizacionales y el desarrollo de una cultura organizacional y de seguridad en la asistencia a los pacientes. (Citado por Camargo, Queiroz, Silvestre, De Canargo, & Bauer, 2014, p. 337)

Por su parte, Reiling (2005) señaló:

En las instituciones de salud, la cultura de la seguridad está emergiendo como uno de los requisitos esenciales para evitar la ocurrencia de incidentes, a través de la gestión del riesgo en el que los profesionales comunican los errores y actúan de forma proactiva en el rediseño de los procesos para evitar nuevos incidentes. Por lo tanto, si la cultura de la seguridad es importante para una organización y si la organización realiza sus procesos siempre pensando en la seguridad, los resultados positivos serán en beneficio de los pacientes, colaboradores y equipo de salud. (Citado por Camargo, Queiroz, Silvestre, De Canargo, & Bauer, 2014, p. 337)

Asimismo, Sorra & Nieva (2004) declaró: “Hay un consenso de que algunos atributos culturales de la organización contribuyen a la seguridad del paciente, tales como el trabajo en equipo, el soporte de los líderes y la comunicación”. (Citado por Camargo, Queiroz, Silvestre, De Canargo, & Bauer, 2014, p. 337)

Filho (2011) aseveró: “Organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación abierta y basada en la confianza mutua, gestión del riesgo, por percepciones comunes acerca de la importancia de la seguridad y el aprendizaje organizacional y por la confianza en la eficacia de

las medidas preventivas”. (Citado por Camargo, Queiroz, Silvestre, De Canargo, & Bauer, 2014, p. 337)

El texto refiere básicamente a la diferencia que existen entre organizaciones que se desenvuelven bajo una cultura de seguridad positiva y otras que no. Las primeras se caracterizan por desarrollarse en una gestión de comunicación abierta y asertiva, con gestión de riesgos; como también

Kirk, Parker, Claridge, Esmail, & Marshall (2007) sostuvieron: “En ese sentido, razón adicional para lograr una cultura de seguridad positiva es el estímulo a la notificación de incidentes por el profesional que es considerada una herramienta eficaz para mejorar la calidad y seguridad del establecimiento”. (Citado por Camargo, Queiroz, Silvestre, De Canargo, & Bauer, 2014, p. 337)

Teniendo en cuenta esto, la utilización de herramientas para evaluación de esa cultura se hace necesaria para comprender las actitudes y comportamientos de los profesionales en relación a la seguridad del paciente. Investigaciones de evaluación deben tener en cuenta la interacción entre factores organizacionales e individuales, lo que permite una mejor comprensión de la dinámica del equipo y de las actitudes individuales en relación a la cultura de seguridad del paciente. (Chen & Li, 2010, Citado por Camargo, Queiroz, Silvestre, De Canargo, & Bauer, 2014, p. 337)

Godoy & Pecanha (2012) señalaron: “Investigar la cultura de seguridad no es sólo identificar la presencia o ausencia de determinadas variables concretas, sino examinar las relaciones individuo-trabajo organización involucrada en ellas. Esto puede profundizar el conocimiento sobre la cultura de seguridad de una institución con un enfoque en la gestión del riesgos”. (Citado por Camargo, Queiroz, Silvestre, De Canargo, & Bauer, 2014, p. 337)

En este texto se puede apreciar que las investigaciones sobre cultura de seguridad no solo debe identificar presencia o ausencia de determinates diversos,

sino observar la relación paciente-médico/enfermera y organización, esto será posible en la medida que se instale una política de gestión de riesgos.

Estas prerrogativas básicas han subsidiado los cambios en favor de la seguridad del paciente en la asistencia sanitaria. Por lo tanto, la seguridad del paciente es considerada como un componente crítico de la calidad de la asistencia.

2.1. Justificación

Teórica:

Teóricamente se justifica este estudio porque sus resultados serán incorporados al campo gnoseológico de la salud, específicamente en la gestión hospitalaria y cultura de seguridad de los pacientes, variables dimensionados teóricamente, que más adelante servirán de base para futuras investigaciones a nivel de pre y post grado.

Práctica:

La justificación práctica es pertinente porque buscó determinar la relación que existe entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017; esta descripción a través de la estadística descriptiva generó resultados que dio a conocer al personal de dicho nosocomio la situación real de las mencionadas variables, lo que ha permitido contrastar con la realidad de la gestión y los servicios que se brindan dentro de la cultura de seguridad.

Metodológica:

La justificación metodológica es aceptada, porque, para lograr el logro de los objetivos propuestos en el estudio se ha seguido estrictamente el procedimiento de la investigación de Enfoque Cuantitativo de diseño no

experimental, transeccional y correlacional; asimos, para el proceso de interpretación de resultados se recorrido a la estadística descriptiva e inferencial.

2.2. Problemas

Problema general:

¿Cuál es la relación que existe entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017?

Problemas específicos:

Problema 1

¿Cuál es la relación que existe entre el proceso permanente de escucha y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017?

Problema 2

¿Cuál es la relación que existe entre la propuesta estratégica compartida y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017?

Problema 3

¿Cuál es la relación que existe entre el liderazgo para el cambio y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017?

Problema 4

¿Cuál es la relación que existe entre el plan compartido y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017?

Problema 5

¿Cuál es la relación que existe entre la nueva competencia organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017?

2.3. Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.

Objetivos Específicos

Objetivo 1

Determinar la relación que existe entre el proceso permanente de escucha y cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.

Objetivo 2

Determinar la relación que existe entre la propuesta estratégica compartida y cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.

Objetivo 3

Determinar la relación que existe entre el liderazgo para el cambio y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.

Objetivo 4

Determinar la relación que existe entre el plan compartido y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.

Objetivo 5

Determinar la relación que existe entre la nueva competencia organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.

2.4. Hipótesis

Hipótesis general:

H_a= La relación que existe entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.

Hipótesis específicas:

H₁.- La relación que existe entre el proceso permanente de escucha y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.

H₂. – La relación que existe entre la propuesta estratégica compartida y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.

H₃. – La relación que existe entre el liderazgo para el cambio y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.

H₄. – La relación que existe entre el plan compartido y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.

H₅. – La relación que existe entre la nueva competencia organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Variables

V1: Gestión hospitalaria

Los establecimientos hospitalarios, en adelante “los establecimientos”, son organizaciones de servicios que cumplen una función social esencial. Necesitan desarrollar una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman su entorno, sepan identificar y proyectarse a las necesidades de sus usuarios, adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de las comunidades, especialmente en el sector sanitario, donde desde la red asistencial, se exige respuestas concordantes con el modelo de atención, crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes. (Artaza, y otros, 2014,p.8)

V2: Cultura de seguridad

La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportadas con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad. (Cabañas, 1994, Citado por Gómez, y otros, 2011, p. 364).

2.2. Operacionalización de variables

Tabla 1:

Operacionalización de la variable 1: Gestión hospitalaria

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala de valoración
Gestión hospitalaria	Los establecimientos hospitalarios, en adelante “los establecimientos”, son organizaciones de servicios que cumplen una función social esencial. Necesitan desarrollar una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman su entorno, sepan identificar y proyectarse a las necesidades de sus usuarios, adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de las comunidades, especialmente en el sector sanitario, donde desde la red asistencial, se exige respuestas concordantes con el modelo de atención, crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes. (Artaza, y otros, 2014,p.8)	Se medirá a través de un instrumento que tomará en cuenta las dimensiones de la gestión hospitalaria, que en este caso son cinco y los trece indicadores, de los cuales se obtendrá 20 ítems.	Proceso permanente de escucha.	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de información - Capacidad de reflexión - Retroalimentación. - Desarrollo de una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman el entorno de la organización 	Escalamiento Likert. 1= Nunca. 2= Casi nunca 3= Algunas veces 4= Casi siempre 5= Siempre	Muy deficiente (1 -20) Deficiente (21-40) Regular (41-60) Eficiente (61-80) Muy eficiente (81-100)
			Propuesta estratégica compartida.	<ul style="list-style-type: none"> - Razón de ser. - Factor estratégico - Trabajo institucional. - Proceso sistemático de entrenamiento en servicio de acuerdo a las necesidades 		
			Liderazgo para el cambio.	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de influencia transformadora de la conducta organizacional. - Movilización de la organización para el cumplimiento de su función pública. - Cumplimiento de objetivos estratégicos precisos y verificables. - Cumplimiento efectivo de la misión institucional. 		
			Plan compartido.	<ul style="list-style-type: none"> - Participación organizada. - Objetivos comunes. - Gestión participativa. - Liderazgo facilitador. 		
			Nueva competencia organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje para el cambio. - Cultura de aprendizaje. - Relaciones de cotidianidad de la organización. - Proceso de cambio de cultura. - Aprendizaje y desarrollo continuo de nuevas capacidades 		

Nota: Adaptado de Artaza (2014), Modelo D e Gestión De Establecimiento Hospitalario

Tabla 2:

Variable (2) Cultura de seguridad

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala de valoración
Cultura de seguridad	La seguridad del paciente se define como la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones, elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportadas con la evidencia científica, que se realizan con el fin de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en la prestación de un servicio de salud y minimizar los posibles daños, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad. (Cabañas, 1994, Citado por Gómez, y otros, 2011, p. 364).	Se medirá a través de un instrumento que tomará en cuenta las dimensiones de la satisfacción del usuario, que en este caso son tres y los siete indicadores, de los cuales se obtendrá 26 ítems.	Cultura de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de eventos notificados. - Percepción de seguridad. 	Escalamiento Likert. 1= Nunca. 2= Casi nunca 3= Algunas veces 4= Casi siempre 5= Siempre	Muy deficiente (1-20) Deficiente (21-40) Regular (41-60) Eficiente (61-80) Muy eficiente (81-100)
			Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la Unidad/Servicio que favorecen la seguridad. - Aprendizaje organizacional/mejora continua. - Dotación de personal - Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente 		
			Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en equipo entre unidades/servicios. - Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades 		

Nota: Adaptado Del Modelo De Establecimientos Hospitalarios Minsa (2005).

2.3. Metodología

2.4. Método de investigación

El presente estudio se enmarca en el método deductivo desde la perspectiva de la investigación cuantitativa, al respecto Hernández, Frenández, & Baptista (2010) en cuanto al Enfoque Metodológico Cuantitativo, señaló:

Es un conjunto de procesos probatorios, cada etapa precede a la siguiente y no podemos eludir pasos, el orden es riguroso, aunque, desde luego, podemos redefinir alguna fase. Parte de una idea que va cortándose y, una vez delimitada, se derivan objetivos y preguntas de investigación, se revisa la literatura y se construye un marco teórico. De las preguntas se establecen las hipótesis y determinan las variables; se desarrolla un plan para probarlas; se miden las variables en un determinado contexto; se analizan las mediciones obtenidas, con frecuencia utilizando métodos estadísticos, y se establece una serie de conclusiones, respecto de la (s) hipótesis. (p.4)

Del texto se señala que este enfoque es un conjunto de procesos probatorios y ordenados; al mismo tiempo es deductivo y que necesariamente requiere una hipótesis y su prueba pertinente.

2.5. Tipo de estudio

El tipo de estudio es Descriptivo correlacional porque describió la realidad tal cual es la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal Lima, 2017; al mismo tiempo correlacionó las dos variables propuestas.

Al respecto, Hernández (2010) señaló: Los estudios descriptivos “buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos,

comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis". (p. 80)

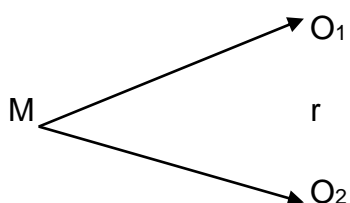
2.6. Diseño

El diseño es No Experimental porque está orientado a establecer solo la relación entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal Lima, 2017.

Al respecto Hernández (2010) menciona que el diseño no experimental "se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos" (p.151)

Este estudio también obedece al diseño Transeccional porque en un solo momento se recogió la información de la muestra establecida a través de la encuesta.

Dónde:



M = Es la muestra

O₁= Observación a la variable (1) (Gestión hospitalaria)

O₂= Observación a la variable (2) (Cultura de seguridad)

r = Relación existente entre las variables

2.7. Población, muestra y muestreo

Población

La población se constituyó por todos los enfermeros del Instituto Materno Perinatal Lima, 2017 en un total de 377.

Los criterios de inclusión y exclusión que fueron considerados para la delimitación poblacional son los siguientes:

Criterios de Inclusión:

- a) Todos los enfermeros del Instituto Materno Perinatal Lima, 2017.

Criterios de Exclusión:

- a) Ninguno.

Muestra:

La muestra constituida por todos los enfermeros del Instituto Materno Perinatal Lima, 2017 en un total de 191.

Para hallar dicha muestra se siguió el siguiente procedimiento:

1. Calcular el tamaño de muestra con la fórmula de Arkin y Colton:

$$n = \frac{z^2 * p * (1 - p)}{E^2}$$

Z= Nivel de confianza, usualmente se utiliza al 95% y tiene un valor de 1.96.

E= Error de estimación. Es la variación esperada entre lo que se encuentra en la muestra con relación a la población. Se aplica en decimales, verbi grace 5 % de error es igual 0.05.

n= Tamaño de muestra

p= Proporción de la variable de estudio.

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2} = \frac{3.8416 * 0.25}{0.0025} = \frac{0.9604}{0.0025}$$

$n = 384.16$ (tamaño de la muestra)

Como se puede apreciar en la fórmula anterior, el tamaño de la muestra es indiferente al tamaño de la población, pero si se considera la total población el tamaño de la muestra se ajustaría, así:

$$n \text{ ajustado} = n * \left(\frac{(N)}{N + n} \right)$$

Donde N= Tamaño total de la población a investigar.

$$n = 384.16 * \left(\frac{(377)}{377 + 384.16} \right) = \left(\frac{(377)}{761.16} \right)$$

$$n = 384.16 * (0.495) = 191$$

n = 191 Enfermeros del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017
--

Muestreo:

El muestreo fue probabilístico al 95% con el margen de error del 5% por muestreo probabilístico simple.

Al respecto Hernández, Frenández, & Baptista (2010), señalaron; “las muestras probabilísticas tienen muchas ventajas, quizá la principal sea que puede medirse el tamaño del error en nuestras predicciones. Se dice incluso que el principal objetivo en el diseño de una muestra probabilística es reducir al mínimo este error, al que se llama error estándar”. (p. 123)

2.8. Técnicas e instrumento de recolección de datos

Técnicas

Para el recojo de datos de las dos variables se utilizará la técnica de la encuesta.

Instrumentos

Para ambas variables se aplicará el cuestionario con escalamiento Likert de acuerdo a las dimensiones e indicadores operacionalizados oportunamente.

Validación y confiabilidad del instrumento

Tabla 3: Validación por juicio de experto

Nombre		
Grado académico		
Variable	Gestión hospitalaria	Valoración: Deficiente () Regular () Eficiente () Pertinente ()
Variable	Cultura de seguridad del paciente	Valoración: Deficiente () Regular () Eficiente () Pertinente ()

La confiabilidad de los instrumentos se ha realizado con el Alfa de Cronbach por ser de escala politómica.

Tabla 4: Estadísticos de fiabilidad de Gestión hospitalaria

Alfa de Cronbach	N de elementos
,943	20

Interpretación

De acuerdo a los resultados del análisis de fiabilidad tenemos un Alfa de 0,943; y según la tabla categórica, se determina que el instrumento de medición de gestión hospitalaria fue de muy alta confiabilidad.

Tabla 5: Estadísticos de fiabilidad de cultura de seguridad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,852	26

Interpretación

De acuerdo a los resultados del análisis de fiabilidad tenemos un Alfa de 0,852; y según la tabla categórica, se determina que el instrumento de medición de la cultura de seguridad fue de alta confiabilidad.

2.9. Método de análisis de datos

Los datos de la presente investigación fueron analizados a través de la estadística descriptiva y la estadística inferencial. Estos datos obtenidos fueron cuantificados y ordenados por el software del SPSS. En ese sentido, se obtuvo la validación de los instrumentos a través de los juicios de expertos y para el nivel de fiabilidad de los instrumentos se utilizó el Alfa de Cronbach para cada variable; y por ser variables no paramétricas, la prueba de hipótesis se hizo con la Rho de Spearman.

Ficha técnica de la variable (1)

1. **Nombre:** Cuestionario de Gestión hospitalaria.
2. **Autor:** Cecilia Nieves Pérez Oré
3. **Año de ejecución:** 2017
4. **Ciudad:** Lima
5. **Objetivo de la evaluación:** Evaluar la gestión hospitalaria del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.
6. **Duración:** 30 minutos
7. **Aplicación:** Individual
8. **Contenido:** Se elaboró un cuestionario tipo escala de Likert con 20 ítems, distribuido en cinco dimensiones: proceso permanente de escucha, propuesta estratégica compartida, liderazgo para el cambio, plan compartido y nueva

competencia organizacional. La escala y el índice respectivo para este instrumento fueron:

Nunca	= (1)
Casi nunca	= (2)
Algunas veces	= (3)
Casi siempre	= (4)
Siempre	= (5)

Ficha técnica de la variable (2)

9. **Nombre:** Cuestionario de cultura de seguridad.
10. **Autor:** Cecilia Nieves Pérez Oré
11. **Año de ejecución:** 2017
12. **Ciudad:** Lima
13. **Objetivo de la evaluación:** Evaluar la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.
14. **Duración:** 30 minutos
15. **Aplicación:** Individual
16. **Contenido:** Se elaboró un cuestionario tipo escala de Likert con 26 ítems, distribuido en tres dimensiones: cultura de seguridad, cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio, cultura de seguridad a nivel de todo el hospital.
La escala y el índice respectivo para este instrumento fueron:

Nunca	= (1)
Casi nunca	= (2)
Algunas veces	= (3)
Casi siempre	= (4)
Siempre	= (5)

III. RESULTADOS

3.1. Análisis descriptivo

Descripción de la variable 1: Gestión hospitalaria

Tabla 6:

V1: Frecuencias de gestión hospitalaria

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Deficiente	16	8,4	8,4
	Regular	112	58,6	67,0
	Eficiente	55	28,8	95,8
	Muy eficiente	8	4,2	100,0
	Total	191	100,0	100,0

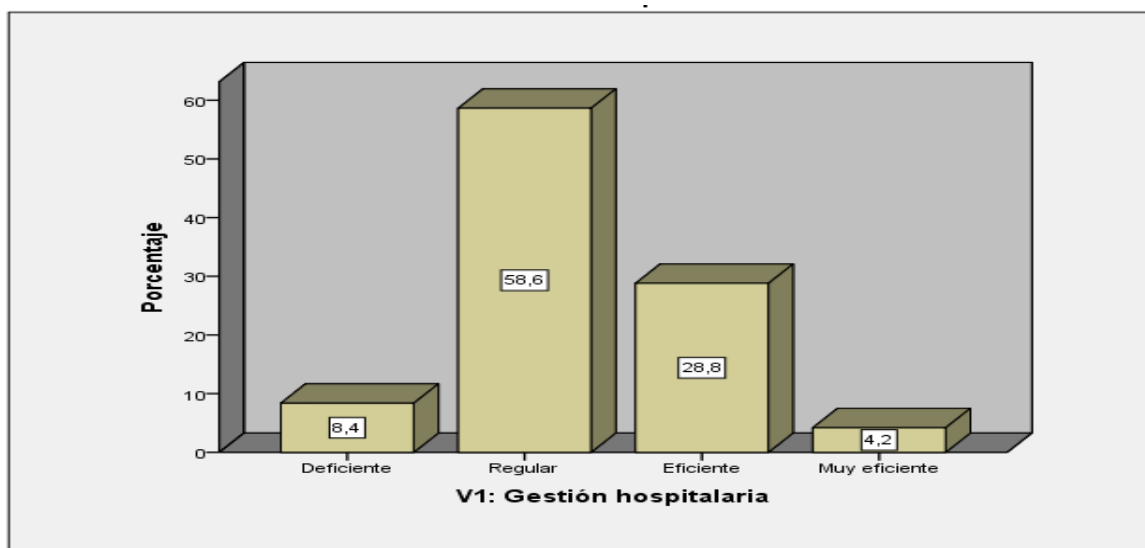


Figura 3: Gestión hospitalaria

Interpretación

La tabla 6 y figura 3 relacionadas con las frecuencias de la gestión hospitalaria que involucra: proceso permanente de escucha, propuesta estratégica compartida, liderazgo para el cambio, plan compartido y nueva competencia organizacional, señalan: de los 191 trabajadores del Instituto Materno Perinatal de Lima encuestados, el 8.4% “deficiente”, 58.6% “regular”, 28.8% “eficiente” y 4.2% “muy eficiente”; esto hace notar que la gestión hospitalaria en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, se encuentra en las líneas de regular y eficiente.

Tabla 7:

Frecuencias del proceso permanente de escucha

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Deficiente	32	16,8	16,8
	Regular	72	37,7	54,5
	Eficiente	87	45,5	100,0
	Total	191	100,0	100,0

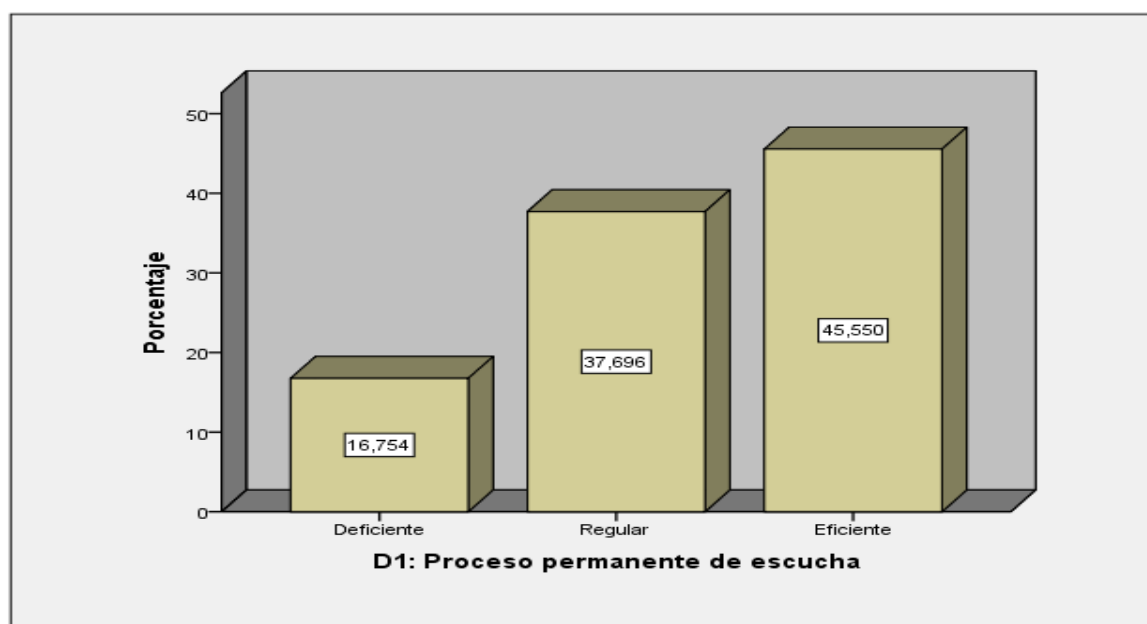


Figura 4: Proceso permanente de escucha

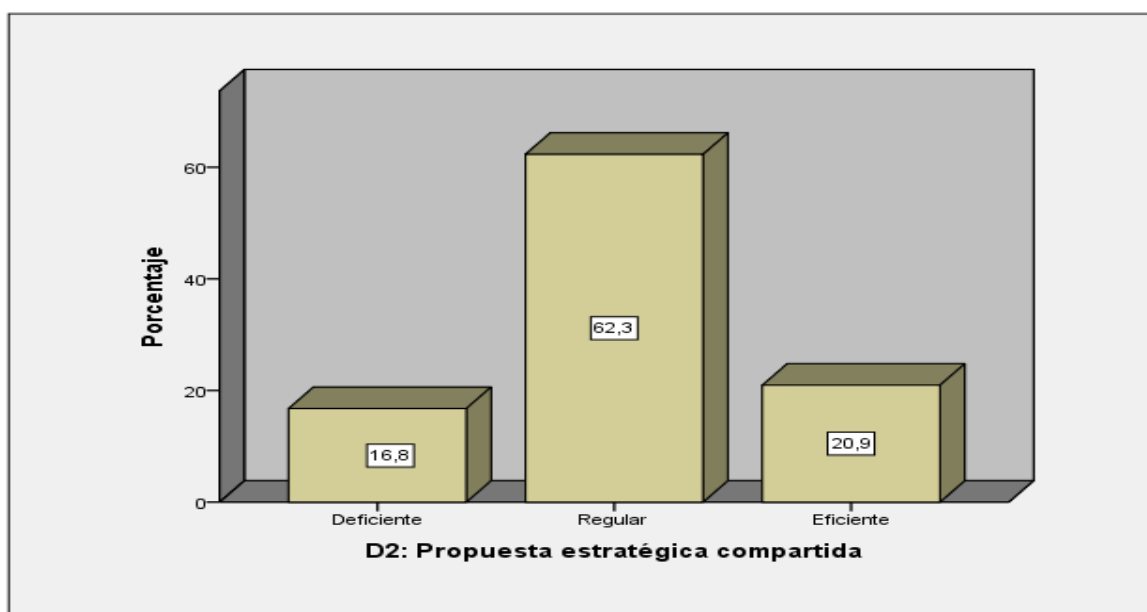
Interpretación

La tabla 7 y figura 4 relacionadas con las frecuencias de la dimensión Proceso permanente de escucha señalan: de los 191 trabajadores del Instituto Materno Perinatal de Lima encuestados, el 16.8% “deficiente”, 37.7% “regular” y 45.5% “eficiente”; esto hace notar que el proceso permanente de la gestión hospitalaria en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, se encuentra en las líneas de regular y eficiente.

Tabla 8:

Frecuencias de Propuesta estratégica compartida

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Deficiente	32	16,8	16,8
	Regular	119	62,3	79,1
	Eficiente	40	20,9	100,0
	Total	191	100,0	100,0

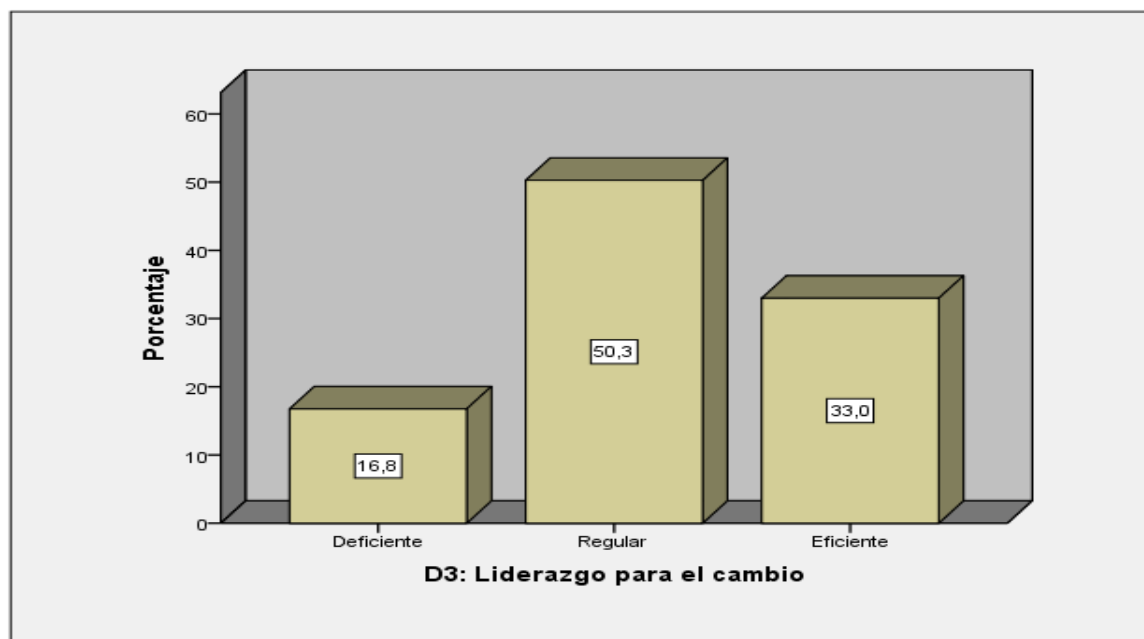
**Figura 5:** Propuesta estratégica compartida**Interpretación**

La tabla 8 y figura 5 relacionadas con las frecuencias de la dimensión propuesta estratégica compartida señalan: de los 191 trabajadores del Instituto Materno Perinatal de Lima encuestados, el 16.8% “deficiente”, 63.3% “regular” y 20.9% “eficiente”; esto hace notar que la propuesta estratégica compartida de la gestión hospitalaria en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, se encuentra regular.

Tabla 9:

Frecuencias de Liderazgo para el cambio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Deficiente	32	16,8	16,8
	Regular	96	50,3	67,0
	Eficiente	63	33,0	100,0
	Total	191	100,0	100,0

**Figura 6:** Liderazgo para el cambio**Interpretación**

La tabla 9 y figura 6 relacionadas con las frecuencias de la dimensión liderazgo para el cambio señalan: de los 191 trabajadores del Instituto Materno Perinatal de Lima encuestados, el 16.8% “deficiente”, 50.3% “regular” y 33.0% “eficiente”; esto hace notar que el liderazgo para el cambio de la gestión hospitalaria en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, se encuentra en las líneas de regular y eficiente; es decir, no se nota un verdadero liderazgo.

Tabla 10:

Frecuencias del Plan compartido

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Deficiente	40	20,9	20,9
	Regular	72	37,7	58,6
	Eficiente	71	37,2	95,8
	Muy eficiente	8	4,2	100,0
	Total	191	100,0	100,0

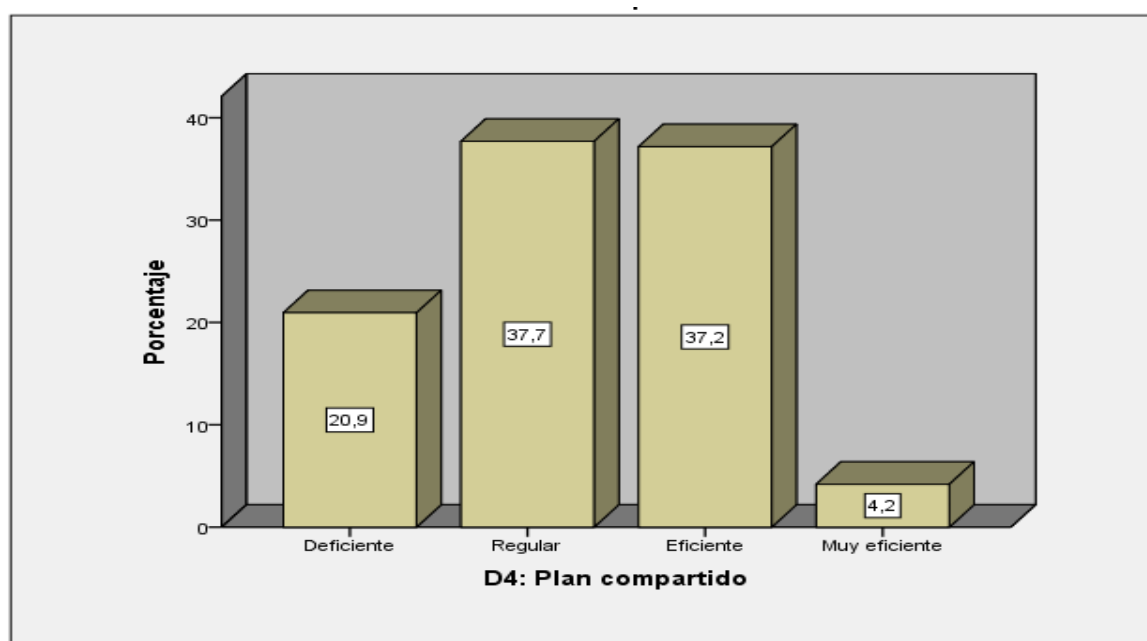


Figura 7 Plan compartido

Interpretación

La tabla 10 y figura 7 relacionadas con las frecuencias de la dimensión plan compartido señalan: de los 191 trabajadores del Instituto Materno Perinatal de Lima encuestados, el 20.9% “deficiente”, 37.7% “regular”, 37.2% “eficiente” y 4.2% “muy eficiente”; esto hace notar que el plan compartido de la gestión hospitalaria en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, se encuentra en las líneas de deficiente, regular y eficiente; es decir, el trabajador del citado nosocomio no percibe que le toman en cuenta en la planificación institucional.

Tabla 11:

D5: Nueva competencia organizacional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Deficiente	56	29,3	29,3
	Regular	80	41,9	71,2
	Eficiente	47	24,6	95,8
	Muy eficiente	8	4,2	100,0
	Total	191	100,0	100,0

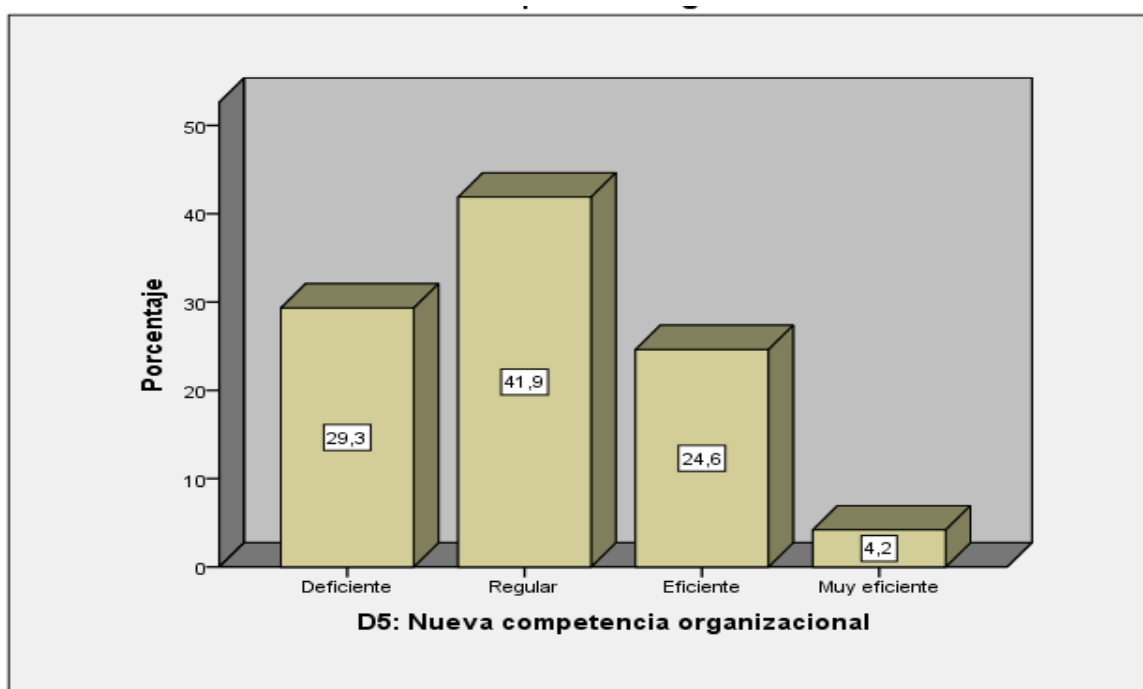


Figura 8: Nueva competencia organizacional

Interpretación

La tabla 11 y figura 8 relacionadas con las frecuencias de la dimensión Nueva competencia organizacional señalan: de los 191 trabajadores del Instituto Materno Perinatal de Lima encuestados, el 29.3% “deficiente”, 41.9% “regular”, 24.6% “eficiente” y 4.2% “muy eficiente”; esto hace notar que la Nueva competencia organizacional de la gestión hospitalaria en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, se encuentra mayormente en las líneas de deficiente y regular; es decir, el trabajador del citado nosocomio no percibe la puesta en marcha de un nuevo modelo de gestión.

Descripción de la variable 2: Cultura de seguridad

Tabla 12:

V2: Frecuencias de la cultura de seguridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular	16	8,4	8,4
	Eficiente	112	58,6	67,0
	Muy eficiente	63	33,0	100,0
	Total	191	100,0	100,0

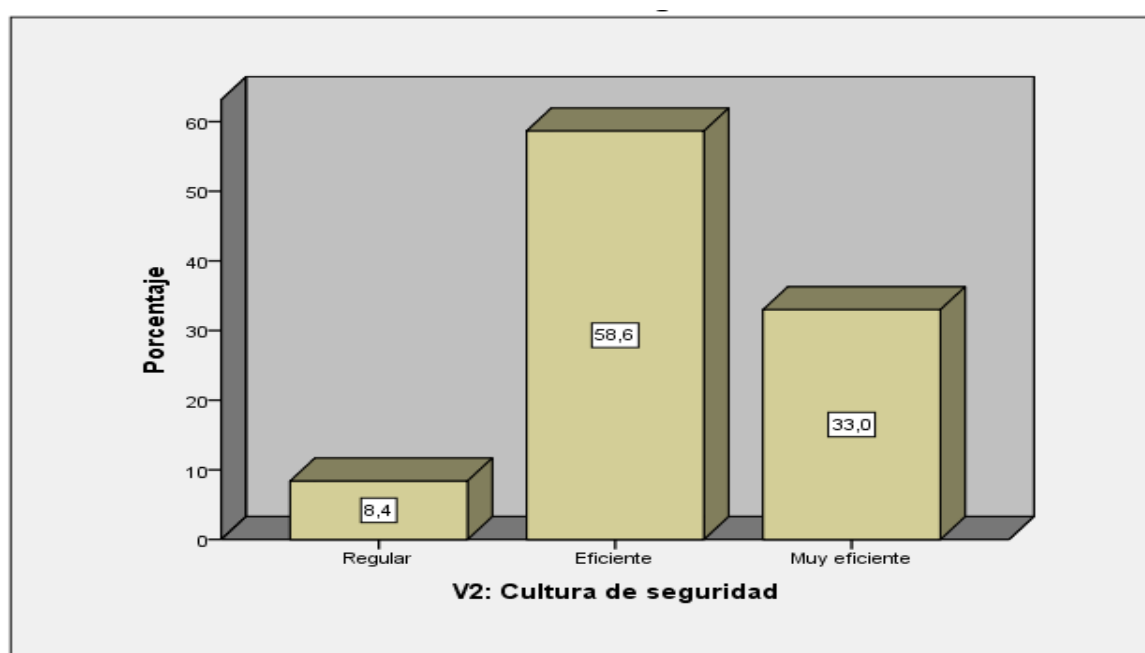


Figura 9: V2: Cultura de seguridad

Interpretación

La tabla 12 y figura 9 relacionadas con las frecuencias de la Variable cultura de seguridad señalan: de los 191 trabajadores del Instituto Materno Perinatal de Lima encuestados, 8.4% “regular”, 58.6% “eficiente” y 33.0% “muy eficiente”; esto hace notar que la Variable cultura de seguridad en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, se encuentra mayormente en las líneas de eficiente y muy eficiente; es decir, el trabajador del citado nosocomio percibe parcialmente los resultados de la cultura de seguridad para los pacientes.

Tabla 13:

D1: Frecuencias de Cultura de seguridad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular	112	58,6	58,6
	Eficiente	79	41,4	100,0
	Total	191	100,0	100,0

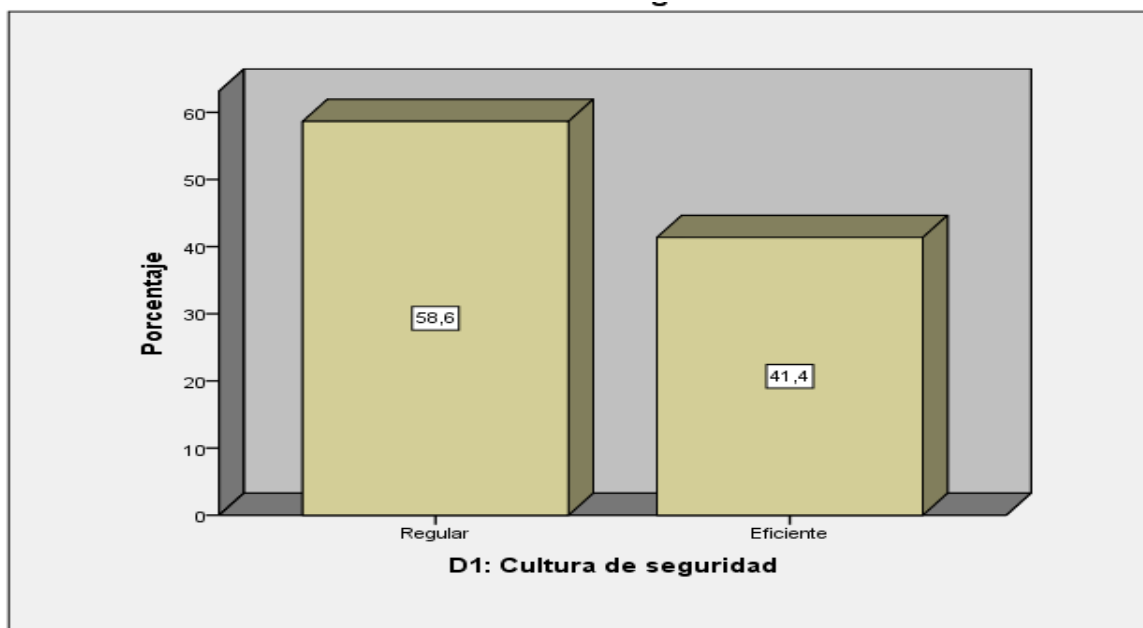


Figura 10 D1: Cultura de seguridad

Interpretación

La tabla 13 y figura 10 relacionadas con las frecuencias de la dimensión cultura de seguridad señalan: de los 191 trabajadores del Instituto Materno Perinatal de Lima encuestados, 58.6% “regular” y 41.4% “eficiente”; esto hace notar que la cultura de seguridad en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, se encuentra mayormente en las líneas de regular y eficiente; es decir, el trabajador del citado nosocomio percibe parcialmente una cultura de seguridad para los pacientes.

Tabla 14:

D2: Frecuencias de la Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Regularmente insatisfecho	92	50,3	50,3	50,3
Válidos Satisfecho	27	14,8	14,8	65,0
Muy satisfecho	64	35,0	35,0	100,0
Total	183	100,0	100,0	

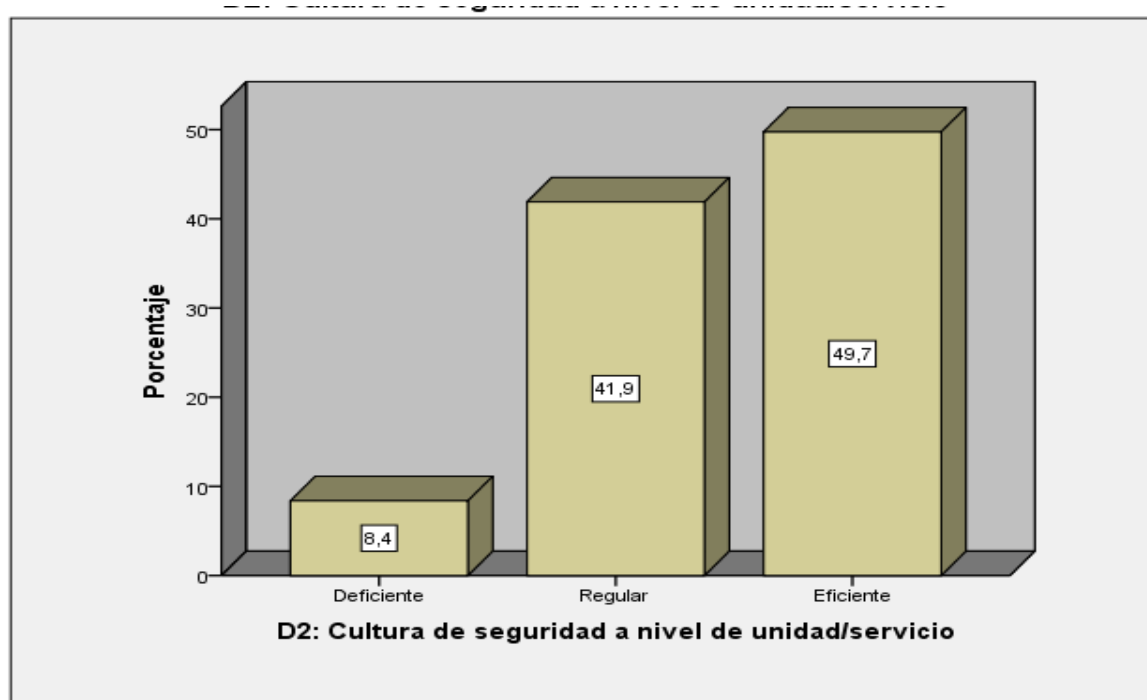


Figura 11: D1: Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio

Interpretación

La tabla 14 y figura 11 relacionadas con las frecuencias de la dimensión cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio señalan: de los 191 trabajadores del Instituto Materno Perinatal de Lima encuestados, 8.4% “deficiente”, 41.9% “regular” y 49.7% “eficiente”; esto hace notar que la cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, se encuentra mayormente en las líneas de regular y eficiente; es decir, el trabajador del citado nosocomio percibe parcialmente una cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio para los pacientes.

Tabla 15:

D3: Frecuencias de Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Regular	167	87,4	87,4	87,4
Válidos Eficiente	24	12,6	12,6	100,0
Total	191	100,0	100,0	

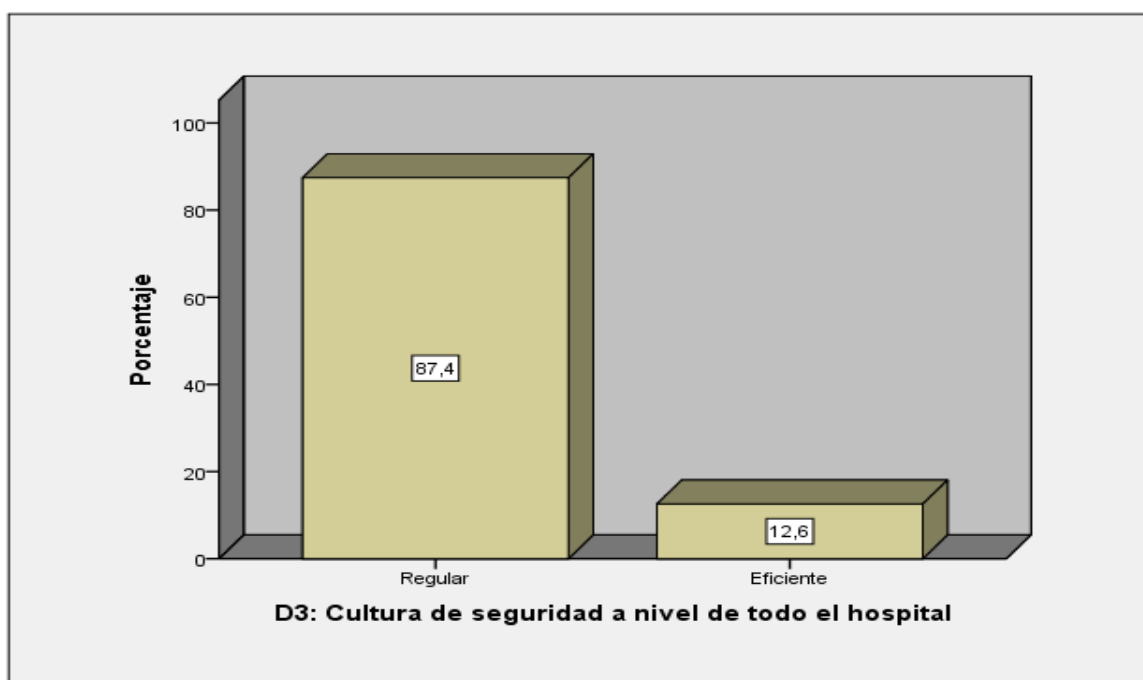


Figura 12: D3: Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital

Interpretación

La tabla 15 y figura 12 relacionadas con las frecuencias de la dimensión cultura de seguridad a nivel de todo el hospital señalan: de los 191 trabajadores del Instituto Materno Perinatal de Lima encuestados, 87.4% “regular” y 12.6% “eficiente”; esto hace notar que la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital, denominado, Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, se encuentra mayormente en las líneas de regular y eficiente; es decir, el trabajador del citado nosocomio percibe como regular la cultura de seguridad para los pacientes a nivel de todo el hospital.

Resultados de las tablas cruzadas o de contingencia

Tabla 16:

Contingencia V1: Gestión hospitalaria * V2: Cultura de seguridad

		V2: Cultura de seguridad			Total	
		Regular	Eficiente	Muy eficiente		
V1: Gestión hospitalaria	Deficiente	Recuento	8	8	0	16
		% del total	4,2%	4,2%	0,0%	8,4%
	Regular	Recuento	8	80	24	112
		% del total	4,2%	41,9%	12,6%	58,6%
	Eficiente	Recuento	0	24	31	55
		% del total	0,0%	12,6%	16,2%	28,8%
	Muy eficiente	Recuento	0	0	8	8
		% del total	0,0%	0,0%	4,2%	4,2%
Total	Recuento	16	112	63	191	
	% del total	8,4%	58,6%	33,0%	100,0%	

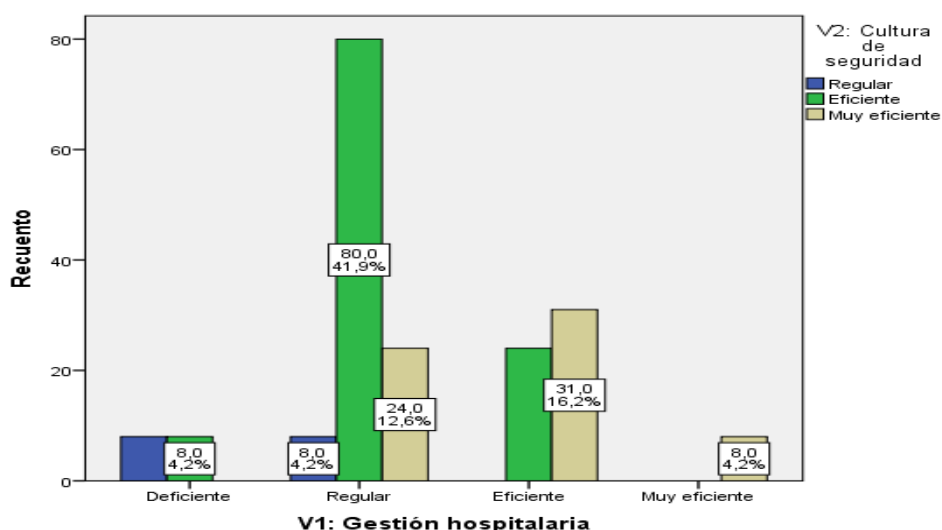


Figura 13: Contingencia V1: Gestión hospitalaria * V2: Cultura de seguridad

Interpretación

Sobre la gestión hospitalaria cruzada con la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 16 y figura 13 se observa que para el 8,4% es deficiente, para el 58,6%, regular, para el 28,8%, eficiente y para el 4,2%, muy eficiente.

Sobre la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 16 y figura 13 se observa que para el 8,4%, regular, para el 58,6%, eficiente y para el 33,0%, muy eficiente, se deduce que la gestión hospitalaria en el citado nosocomio es regular y eficiente; en cuanto a la cultura de seguridad, parcialmente eficiente; es decir, no se nota buena gestión, ni se percibe plenamente una cultura de seguridad de los pacientes.

Tabla 17:

Contingencia D1: Proceso permanente de escucha * V2: Cultura de seguridad

			V2: Cultura de seguridad			Total
			Regular	Eficiente	Muy eficiente	
D1: Proceso permanente de escucha	Deficiente	Recuento	16	16	0	32
		% del total	8,4%	8,4%	0,0%	16,8%
	Regular	Recuento	0	56	16	72
		% del total	0,0%	29,3%	8,4%	37,7%
	Eficiente	Recuento	0	40	47	87
		% del total	0,0%	20,9%	24,6%	45,5%
Total	Recuento	16	112	63	191	
	% del total	8,4%	58,6%	33,0%	100,0%	

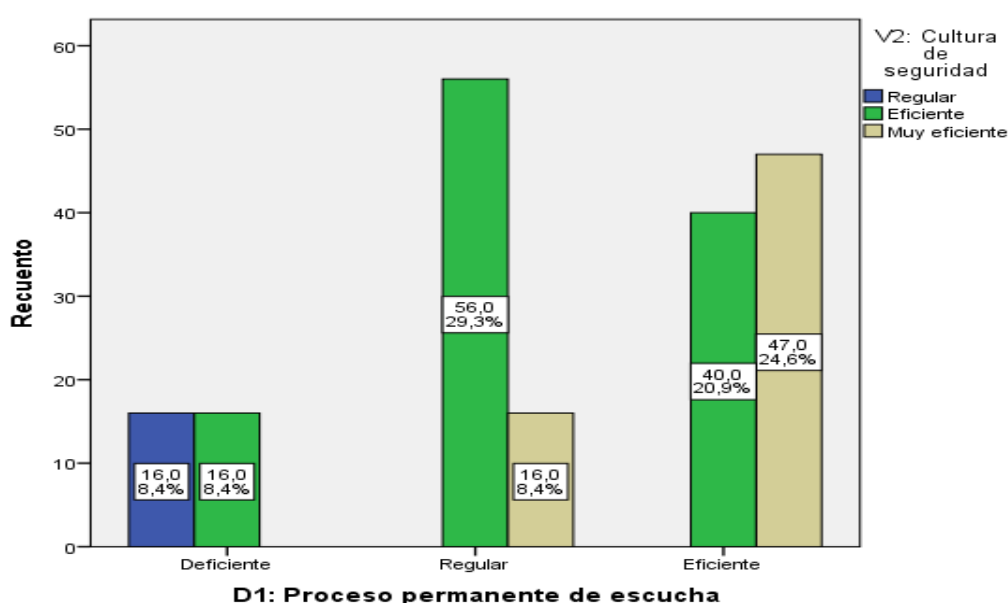


Figura 14 contingencia D1: Proceso permanente de escucha * V2: Cultura de seguridad

Interpretación

Sobre el Proceso permanente de escucha cruzada con la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 17 y figura 14 se observa que para el 16,8% es deficiente, para el 37,7%, regular y para el 45,5%, eficiente.

Sobre la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 17 y figura 14 se observa que para el 8,4%, regular, para el 58,6%, eficiente y para el 33,0%, muy eficiente, se deduce que el Proceso permanente de escucha en el citado nosocomio es regular y eficiente; en cuanto a la cultura de seguridad de los pacientes, parcialmente eficiente; es decir, los trabajadores no se sienten escuchados, ni se percibe plenamente una cultura de seguridad de los pacientes.

Tabla 18:

Contingencia D2: Propuesta estratégica compartida * V2: Cultura de seguridad

			V2: Cultura de seguridad			Total
			Regular	Eficiente	Muy eficiente	
D2: Propuesta estratégica compartida	Deficiente	Recuento	8	8	16	32
		% del total	4,2%	4,2%	8,4%	16,8%
	Regular	Recuento	8	96	15	119
		% del total	4,2%	50,3%	7,9%	62,3%
	Eficiente	Recuento	0	8	32	40
		% del total	0,0%	4,2%	16,8%	20,9%
Total		Recuento	16	112	63	191
		% del total	8,4%	58,6%	33,0%	100,0%

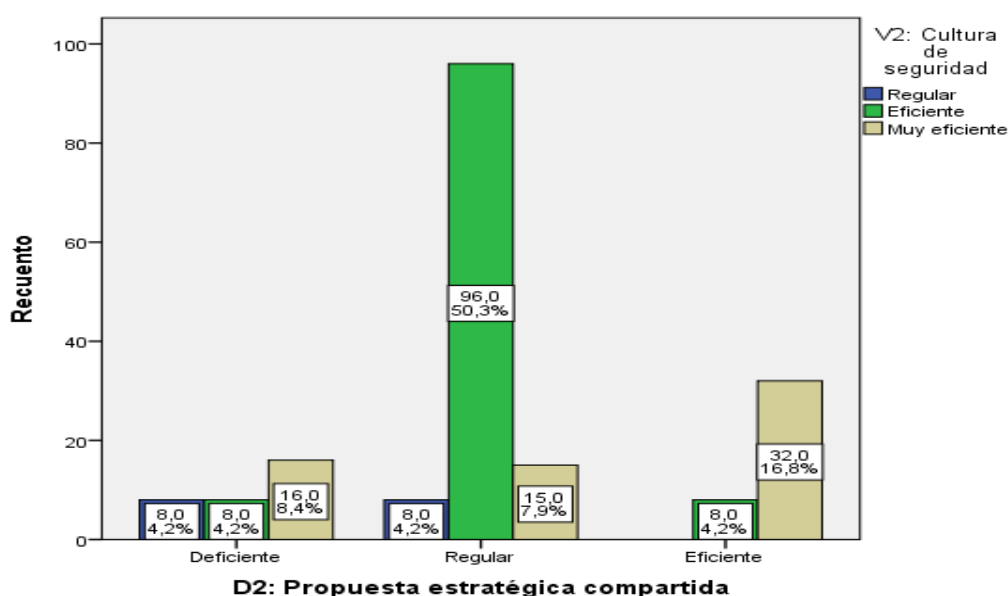


Figura 15 contingencia D2: Propuesta estratégica compartida * V2: Cultura de seguridad

Interpretación

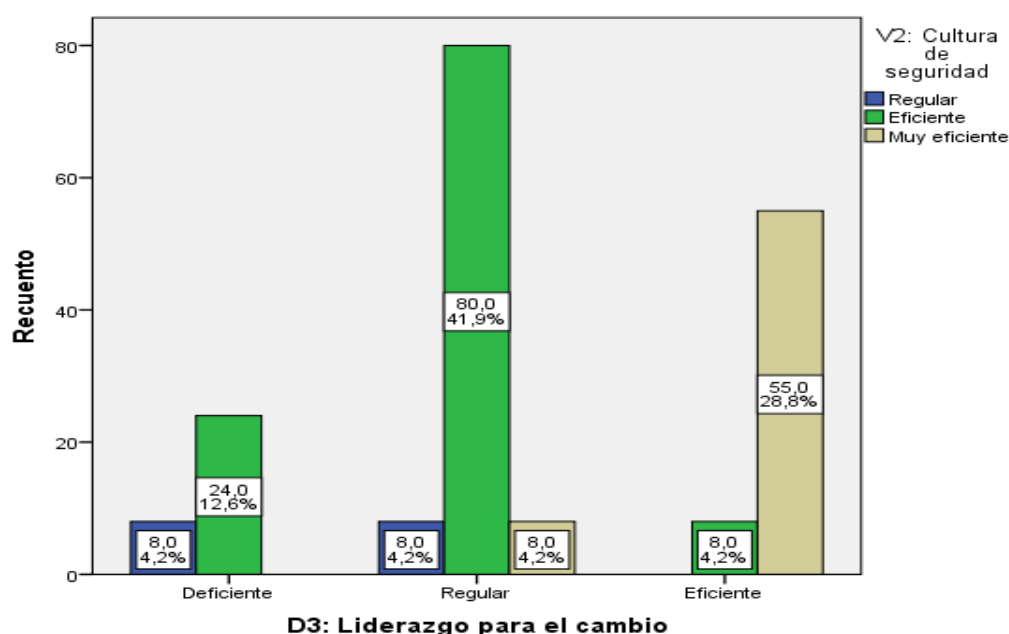
Sobre la propuesta estratégica compartida cruzada con la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 18 y figura 15 se observa que para el 16,8% es deficiente, para el 62,3%, regular y para el 20,9%, eficiente.

Sobre la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 18 y figura 15 se observa que para el 8,4%, regular, para el 58,6%, eficiente y para el 33,0%, muy eficiente, se deduce que la propuesta estratégica compartida en el citado nosocomio es regular y eficiente; en cuanto a la cultura de seguridad de los pacientes, también es parcialmente eficiente; es decir, los trabajadores no son llamado a compartir las decisiones de gestión estratégica, ni se percibe plenamente una cultura de seguridad de los pacientes.

Tabla 19:

Contingencia D3: Liderazgo para el cambio * V2: Cultura de seguridad

			V2: Cultura de seguridad			Total
			Regular	Eficiente	Muy eficiente	
D3: Liderazgo para el cambio	Deficiente	Recuento	8	24	0	32
		% del total	4,2%	12,6%	0,0%	16,8%
	Regular	Recuento	8	80	8	96
		% del total	4,2%	41,9%	4,2%	50,3%
	Eficiente	Recuento	0	8	55	63
		% del total	0,0%	4,2%	28,8%	33,0%
Total	Recuento	16	112	63	191	
	% del total	8,4%	58,6%	33,0%	100,0%	

**Figura 16: contingencia D3: Liderazgo para el cambio * V2: Cultura de seguridad****Interpretación**

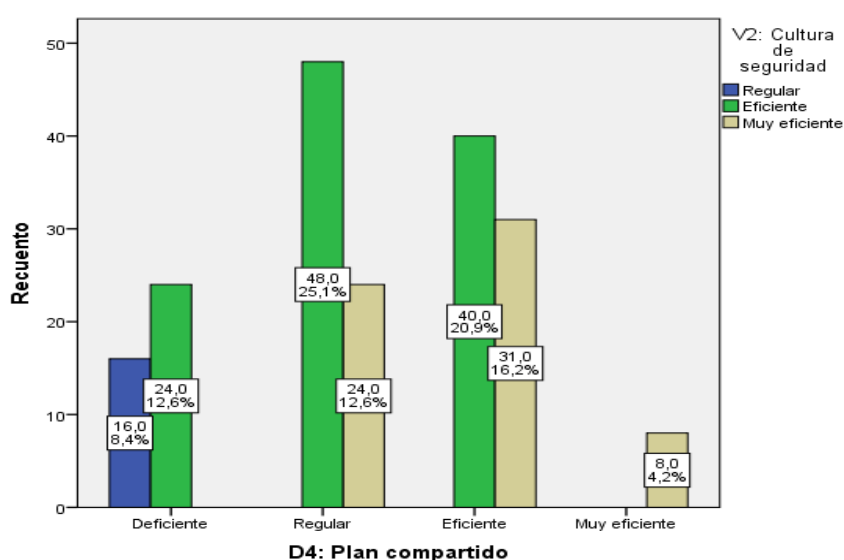
Sobre el liderazgo para el cambio cruzada con la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 19 y figura 16 se observa que para el 16,8% es deficiente, para el 50,3%, regular y para el 33,0%, eficiente.

Sobre la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 19 y figura 16 se observa que para el 8,4%, regular, para el 58,6%, eficiente y para el 33,0%, muy eficiente, se deduce que el liderazgo para el cambio en el citado nosocomio está entre regular y eficiente; en cuanto a la cultura de seguridad de los pacientes, también es parcialmente eficiente; es decir, los trabajadores no perciben el liderazgo en la gestión, ni se percibe plenamente una cultura de seguridad de los pacientes.

Tabla 20:

Contingencia D4: Plan compartido * V2: Cultura de seguridad

		V2: Cultura de seguridad			Total	
		Regular	Eficiente	Muy eficiente		
D4: Plan compartido	Deficiente	Recuento	16	24	0	40
		% del total	8,4%	12,6%	0,0%	20,9%
	Regular	Recuento	0	48	24	72
		% del total	0,0%	25,1%	12,6%	37,7%
	Eficiente	Recuento	0	40	31	71
		% del total	0,0%	20,9%	16,2%	37,2%
	Muy eficiente	Recuento	0	0	8	8
		% del total	0,0%	0,0%	4,2%	4,2%
	Total	Recuento	16	112	63	191
		% del total	8,4%	58,6%	33,0%	100,0%

**Figura 17: contingencia D4: Plan compartido * V2: Cultura de seguridad****Interpretación**

Sobre el plan compartido cruzada con la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 20 y figura 17 se observa que para el 20,9% es deficiente, para el 37,7% regular, para el 37,2%, eficiente y para el 4,2%, muy eficiente.

Sobre la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 20 y figura 17 se observa que para el 8,4%, regular, para el 58,6%, eficiente y para el 33,0%, muy eficiente, se deduce que el plan compartido en el citado nosocomio está entre regular y eficiente; en cuanto a la cultura de seguridad de los pacientes, también es parcialmente eficiente; es decir, los trabajadores no son tomados en cuenta en la planificación institucional, ni se percibe plenamente una cultura de seguridad de los pacientes.

Tabla 21:

Contingencia D5: Nueva competencia organizacional * V2: Cultura de seguridad

			V2: Cultura de seguridad			Total
			Regular	Eficiente	Muy eficiente	
D5: Nueva competencia organizacional	Deficiente	Recuento	16	40	0	56
		% del total	8,4%	20,9%	0,0%	29,3%
	Regular	Recuento	0	56	24	80
		% del total	0,0%	29,3%	12,6%	41,9%
	Eficiente	Recuento	0	16	31	47
		% del total	0,0%	8,4%	16,2%	24,6%
	Muy eficiente	Recuento	0	0	8	8
		% del total	0,0%	0,0%	4,2%	4,2%
	Total	Recuento	16	112	63	191
		% del total	8,4%	58,6%	33,0%	100,0%

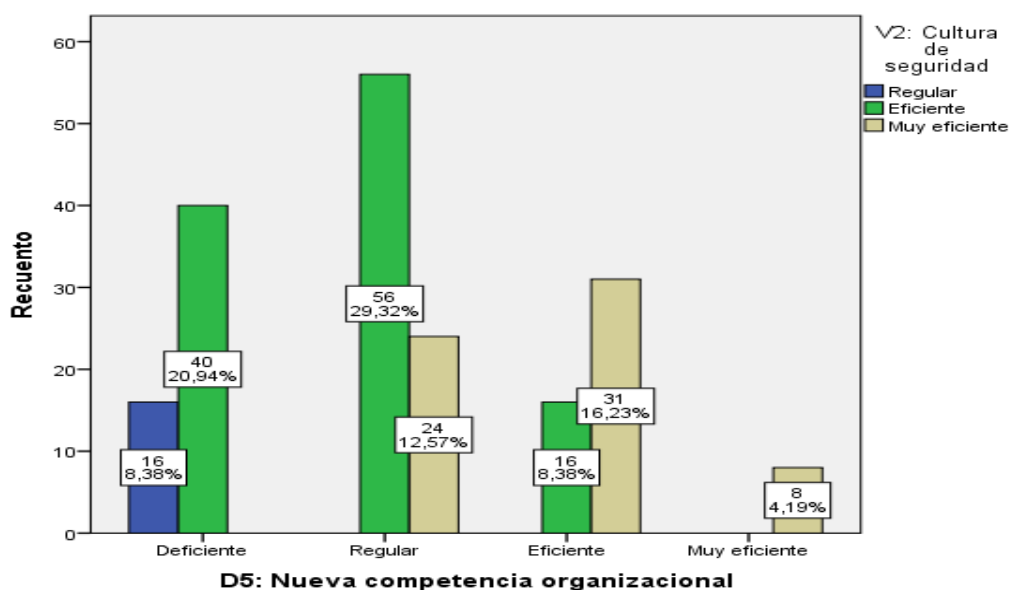


Figura 18: contingencia D5: Nueva competencia organizacional * V2: Cultura de seguridad

Interpretación

Sobre la nueva competencia organizacional cruzada con la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 21 y figura 18 se observa que para el 29,3% es deficiente, para el 41,9% regular, para el 24,6%, eficiente y para el 4,2%, muy eficiente.

Sobre la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 20 y figura 17 se observa que para el 8,4%, regular, para el 58,6%, eficiente y para el 33,0%, muy eficiente, se deduce que la nueva competencia

organizacional en el citado nosocomio está entre regular y eficiente; en cuanto a la cultura de seguridad de los pacientes, también es parcialmente eficiente; es decir, los trabajadores no perciben una nueva forma organizacional, ni se percibe plenamente una cultura de seguridad de los pacientes.

Prueba de hipótesis

Hipótesis general

H₀= La relación que existe entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 no es significativa.

H_a= La relación que existe entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.

Tabla 22:

Correlaciones entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad

		V1. Gestión hospitalaria	V2. Cultura de seguridad
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	,683**
	V1. Gestión hospitalaria Sig. (bilateral)	.	,000
	N	191	191
	Coeficiente de correlación	,683**	1,000
V2. Cultura de seguridad	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	191	191

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

La tabla 22 señala un Coeficiente de Correlación de Spearman positiva moderada entre las dos variables y es estadísticamente significativa (Rho = 0.683**); y siendo el valor de $p = 0,000 < 0.05$; y con un 99% de probabilidad se confirma la hipótesis alterna en el sentido siguiente: La relación que existe entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa; y se rechazó la hipótesis nula. Es decir, la

correlación es al 68.3%, y se afirma: *a mayor gestión hospitalaria, mayor cultura de seguridad.*

Hipótesis específicas

Primera hipótesis

H₀= La relación que existe entre el proceso permanente de escucha y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 no es significativa.

H_a= La relación que existe entre el proceso permanente de escucha y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.

Tabla 23:

Correlaciones entre el proceso permanente de escucha y la cultura de seguridad

			D1. Proceso permanente de escucha	V2. Cultura de seguridad
Rho de Spearman	D1. Proceso permanente de escucha	Coefficiente de correlación	1,000	,688**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	191	191
	V2. Cultura de seguridad	Coefficiente de correlación	,688**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	191	191

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

La tabla 23 señala un Coeficiente de Correlación de Spearman positiva moderada entre la dimensión proceso permanente de escucha y la variable cultura de seguridad y es estadísticamente significativa (Rho = 0.688**); y siendo el valor de $p = 0,000 < 0.05$; y con un 99% de probabilidad se confirma la hipótesis alterna en el sentido siguiente: La relación que existe entre el proceso permanente de escucha y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa; y se rechazó la hipótesis nula. Es decir, la correlación es al 68.8%, y se afirma: *a mayor procesos permanentes de escucha, mayor cultura de seguridad.*

Segunda hipótesis

H₀= La relación que existe entre la propuesta estratégica compartida y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 no es significativa.

H_a= La relación que existe entre la propuesta estratégica compartida y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.

Tabla 24:

Correlaciones entre la propuesta estratégica compartida y la cultura de seguridad

		D2. Propuesta estratégica compartida	V2. Cultura de seguridad
Rho de Spearman	D2. Propuesta estratégica compartida	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,479*
		N	191
	V2. Cultura de seguridad	Coeficiente de correlación	,479**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	191

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

La tabla 24 señala un Coeficiente de Correlación de Spearman positiva moderada entre la dimensión propuesta estratégica compartida y la variable cultura de seguridad y es estadísticamente significativa (Rho = 0.479**); y siendo el valor de $p = 0,000 < 0.05$); y con un 99% de probabilidad se confirma la hipótesis alterna en el sentido siguiente: La relación que existe entre la propuesta estratégica compartida y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa; y se rechazó la hipótesis nula. Es decir, la correlación es al 47.9%, y se afirma: *a mayor propuesta estratégica compartida, mayor cultura de seguridad.*

Tercera hipótesis

H₀= La relación que existe entre el liderazgo para el cambio y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 no es significativa.

H_a= La relación que existe entre el liderazgo para el cambio y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.

Tabla 25:

Correlaciones entre el liderazgo para el cambio y la cultura de seguridad

		D3. Liderazgo para el cambio	V2. Cultura de seguridad
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	,721**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	191	191
	Coeficiente de correlación	,721**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	191	191

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

La tabla 25 señala un Coeficiente de Correlación de Spearman positiva alta entre la dimensión liderazgo para el cambio y la variable cultura de seguridad y es estadísticamente significativa (Rho = 0.721**); y siendo el valor de $p = 0,000 < 0.05$; y con un 99% de probabilidad se confirma la hipótesis alterna en el sentido siguiente: La relación que existe entre el liderazgo para el cambio y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa; y se rechazó la hipótesis nula. Es decir, la correlación es al 68.8%, y se afirma: *a mayor liderazgo para el cambio, mayor cultura de seguridad.*

Cuarta hipótesis

H₀= La relación que existe entre el plan compartido y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 no es significativa.

H_a= La relación que existe entre el plan compartido y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.

Tabla 26:

Correlaciones entre el plan compartido y la cultura de seguridad

		D4. Plan compartido	V2. Cultura de seguridad
D4. Plan compartido	Coeficiente de correlación	1,000	,408**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	191	191
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	,408**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	191	191

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

La tabla 24 señala un Coeficiente de Correlación de Spearman positiva moderada entre la dimensión plan compartido y la variable cultura de seguridad y es estadísticamente significativa (Rho = 0.408**); y siendo el valor de $p = 0,000 < 0.05$; y con un 99% de probabilidad se confirma la hipótesis alterna en el sentido siguiente: La relación que existe entre el plan compartido y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa; y se rechazó la hipótesis nula. Es decir, la correlación es al 40.8%, y se afirma: *a mayor plan compartido, mayor cultura de seguridad.*

Quinta hipótesis

H₀= La relación que existe entre la nueva competencia organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 no es significativa.

H_a= La relación que existe entre la nueva competencia organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.

Tabla 27: Correlaciones entre la nueva competencia organizacional y la cultura de seguridad

		D5. Nueva competencia organizacional	V2. Cultura de seguridad
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	,657**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	191	191
	Coeficiente de correlación	,657**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	191	191

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Interpretación

La tabla 24 señala un Coeficiente de Correlación de Spearman positiva moderada entre la dimensión nueva competencia organizacional y la variable cultura de seguridad y es estadísticamente significativa (Rho = 0.657**); y siendo el valor de $p = 0,000 < 0.05$; y con un 99% de probabilidad se confirma la hipótesis alterna en el sentido siguiente: La relación que existe entre la nueva competencia organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa; y se rechazó la hipótesis nula. Es decir, la correlación es al 65.7%, y se afirma: *a mayor nueva competencia organizacional, mayor cultura de seguridad.*

IV DISCUSIÓN

Los resultados de esta investigación evidencian en la tabla 6 y figura 3 sobre la gestión hospitalaria que involucra: proceso permanente de escucha, propuesta estratégica compartida, liderazgo para el cambio, plan compartido y nueva competencia organizacional, señalan: de los 191 trabajadores del Instituto Materno Perinatal de Lima encuestados, el 8.4% “deficiente”, 58.6% “regular”, 28.8% “eficiente” y 4.2% “muy eficiente”; esto hace notar que la gestión hospitalaria en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, se encuentra en las líneas de regular y eficiente.

Como se puede apreciar que en el Instituto Materno Perinatal de Lima la gestión hospitalaria no es eficiente totalmente, entonces, debemos tener en cuenta lo sostenido por la Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012) que estableció:

El Modelo de Gestión Hospitalaria, se define como la forma explícita de organizar, dirigir y administrar unidades hospitalarias del sector público, fundamentando su diseño en principios de equidad, eficiencia, calidad, sostenibilidad y participación ciudadana, a través de diferentes instrumentos innovadores. La nueva modalidad de gestión que se plantea para los hospitales es un medio para lograr el objetivo central del sistema de salud, que pretende asegurar a la población acceso a servicios de salud con calidad, con equidad en el financiamiento, eficiencia en la producción y participación ciudadana en su gestión. (p.18)

En la tabla 12 y figura 9 sobre la cultura de seguridad señalan: de los 191 trabajadores del Instituto Materno Perinatal de Lima encuestados, 8.4% “regular”, 58.6% “eficiente” y 33.0% “muy eficiente”; esto hace notar que la cultura de seguridad en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, se encuentra mayormente en las líneas de regular, eficiente y muy eficiente; es decir, el trabajador del citado nosocomio percibe parcialmente los resultados de la cultura de seguridad para los pacientes.

Como se puede apreciar estos resultados demuestran que en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, la cultura de seguridad del paciente aún no está consolidada para conocer la importancia de la cultura de seguridad se recurrió a lo señalado por Reiling (2005) señaló:

En las instituciones de salud, la cultura de la seguridad está emergiendo como uno de los requisitos esenciales para evitar la ocurrencia de incidentes, a través de la gestión del riesgo en el que los profesionales comunican los errores y actúan de forma proactiva en el rediseño de los procesos para evitar nuevos incidentes. Por lo tanto, si la cultura de la seguridad es importante para una organización y si la organización realiza sus procesos siempre pensando en la seguridad, los resultados positivos serán en beneficio de los pacientes, colaboradores y equipo de salud. (Citado por Camargo, Queiroz, Silvestre, De Canargo, & Bauer, 2014, p. 337)

Según el autor se deduce que la cultura de seguridad o gestión de riesgos debe ser prioritario en todo centro hospitalario para evitar la incidencia de accidentes.

Asimismo, Filho (2011) aseveró: “Organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación abierta y basada en la confianza mutua, gestión del riesgo, por percepciones comunes acerca de la importancia de la seguridad y el aprendizaje organizacional y por la confianza en la eficacia de las medidas preventivas”. (Citado por Camargo, Queiroz, Silvestre, De Canargo, & Bauer, 2014, p. 337)

En la tabla 16 y figura 13, tabla de contingencia se aprecia que en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 la gestión hospitalaria en el citado nosocomio está entre regular y eficiente y la cultura de seguridad, parcialmente eficiente; es decir, no se nota buena gestión, ni se percibe plenamente una cultura de seguridad de los pacientes.

Estos resultados se corroboran en la tabla 22 con el Coeficiente de Correlación de Spearman que arroja una correlación positiva moderada entre las dos variables y es estadísticamente significativa ($Rho = 0.683^{**}$); y siendo el valor de $p = 0,000 < 0.05$); y con un 99% de probabilidad se confirma la hipótesis alterna en el sentido siguiente: La relación que existe entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa; y se rechazó la hipótesis nula. Es decir, la correlación es al 68.3%, y se afirma: *a mayor gestión hospitalaria, mayor cultura de seguridad.*

Estos resultados coinciden con la investigación de Giménez, (2013), con su tesis “Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón” que llega a las conclusiones: 1. La cultura de la seguridad del paciente entre los profesionales que ocupaban un cargo directivo en el Servicio Aragonés de Salud puede considerarse como adecuada en su conjunto y similar a la observada en otros colectivos profesionales y otros ámbitos asistenciales. 2. Al analizar las dimensiones incluidas en el cuestionario, ninguna de las mismas se identifica rotundamente como fortaleza o debilidad por los encuestados. Destacan como aspectos positivos las actitudes directivas frente a la seguridad del paciente, mientras que existe una percepción negativa de las cuestiones relativas a participación de los pacientes, compromiso de la organización, participación de los profesionales, existencia de mecanismos de respuesta inmediata para informar al paciente y a su familia ante la aparición de eventos adversos graves, la inexistencia de asesoría a profesionales cuando ha ocurrido un incidente relacionado con la seguridad del paciente y la no utilización de técnicas de simulación para mejorar la comunicación interpersonal y del equipo en entornos de alto riesgo.

De la misma forma con, Navas & Ulloa, (2013), quienes realizaron la investigación titulada “Evaluación de la calidad de los servicios de salud ofertados por el Hospital San Sebastián del Cantón Sígsig”, que llega a las conclusiones: Los usuarios se encuentran medianamente satisfechos con la calidad de gestión

en salud; asimismo, muestran una total insatisfacción sobre el equipamiento y material de laboratorio del mencionado centro hospitalario.

Como también, Inca, (2016), con su tesis “Modelo de gestión de calidad en el servicio de laboratorio clínico en el Hospital Básico Privado Durán de la ciudad de Ambato en el año 2015”, tuvo como objetivo principal Diseñar un Modelo de Gestión para la Calidad del servicio de Laboratorio Clínico del Hospital Básico Duran de la ciudad de Ambato durante el año 2015” llega a las conclusiones: a) El desconocimiento de un modelo de gestión en calidad de servicio de laboratorio clínico dentro del Hospital Básico Privado Duran y la mala calidad de atención se evidencian en el descontento de los pacientes después de haber sido atendidos. b) Es de suma importancia un Modelo de Gestión de Calidad en el Servicio de Laboratorio del Hospital Básico Privado Duran para obtener un mayor beneficio para el usuario y para el Hospital.

Asimismo, Alvarado, (2014), con su tesis “Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval” llega a las conclusiones: 1. El análisis de las diferencias entre el personal de salud, hombres y mujeres, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente, indica que existen diferencias estadísticas significativas en los casos de Seguridad brindada por la Dirección, Frecuencia de sucesos notificados, Seguridad desde la atención primaria y en el Total de la Cultura de seguridad del paciente, apreciándose que las mujeres presentan promedios más altos que los varones. 2. El análisis de las diferencias entre el personal de salud, médicos y enfermeras, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente, indica que existen diferencias estadísticas significativas en todos los casos, apreciándose que los médicos presentan promedios más altos que las enfermeras.

Finalmente, Rojas, (2015), con su tesis “Nivel de conocimiento y grado de cumplimiento de las medidas de bioseguridad en la protección personal en el personal de enfermería que labora en la estrategia nacional de control y prevención de la tuberculosis de una Red de Salud - Callao 2015”, llegó a las conclusiones: 1. La mayoría del personal de enfermería presenta el nivel de

conocimiento alto a medio y el grado de cumplimiento parcial, destacando el uso de guantes y el lavado de manos con antisépticos. 2. El nivel de conocimiento acerca de las medidas de bioseguridad en el uso de la protección personal del personal de enfermería en la mayoría es alto a medio con respecto al uso de barreras físicas como el uso de gorros, mas no en el uso de mandiles; y en las barreras químicas el lavado de manos. 3. El grado de cumplimiento de las medidas de bioseguridad en el uso de la protección personal es parcial en la mayoría del personal encuestado sobre todo en el uso de barreras físicas, como el uso de mandilones y guantes, y en las barreras químicas el lavado de manos después en cada procedimiento.

Los resultados de los antecedentes nacionales e internacionales relacionados con la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad son muy similares a los resultados de esta investigación porque aún no se logra entender el verdadero significado e importancia de la gestión. Al respecto, el Ministerio de Salud (1999) señaló: “Las organizaciones, como las instituciones de salud, si desean mantener la función competitiva, tienen que cambiar y adaptarse al nuevo orden. Es decir, deben estar en capacidad de asimilación y respuesta al medio en el que se mueven” (p. 37)

Asimismo, sobre la gestión hospitalaria o de recursos humanos señaló: “Es la capacidad de mantener a la organización productiva, eficiente y eficaz, a partir del uso adecuado de su recurso humano. El objetivo de la gestión de recursos humanos son las personas y sus relaciones en la organización, así como crear y mantener un clima favorable de trabajo, desarrollar las habilidades y capacidad de los trabajadores, que permitan el desarrollo individual y organizacional sostenido” (Ibid, p.43)

Los gerentes y jefes deben ahora comprender que de nada valen las jerarquías impuestas, que los puestos pasan; “el puesto no hace a la persona, sino la persona hace al puesto” y que el objetivo esencial, cuando se administra personal, no es siendo precisamente dictador, sino tratando de estar más cerca del personal, ganarse su confianza, enseñarles, formarlos y llegar a hacer de ellos un equipo comprometido y eficaz. (Ibid, p. 39).

V CONCLUSIONES

Primera: Los resultados han evidenciado que en el Instituto Materno Perinatal de Lima, la gestión hospitalaria está entre regular y eficiente: y la cultura de seguridad, también está entre regular, eficiente y muy eficiente; es decir, no se evidencia buena gestión, ni se percibe plenamente la cultura de seguridad de los pacientes, asimismo, se ha determinado la existencia de una correlación positiva moderada y significativa entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, siendo el Rho de ,683**; es decir, el índice de correlación al 68.3%.

Confirmando a mayor gestión hospitalaria, mayor cultura de seguridad.

Segunda: Los resultados evidenciaron que el proceso permanente de escucha en el Instituto Materno Perinatal de Lima está entre regular y eficiente: y la cultura de seguridad, también está entre regular, eficiente y muy eficiente; es decir, los trabajadores no se sienten escuchados, ni se percibe plenamente la cultura de seguridad de los pacientes, asimismo, se ha determinado la existencia de una correlación positiva moderada y significativa entre el proceso permanente de escucha y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, siendo el Rho de ,688**; es decir, el índice de correlación al 68.8%.

Confirmando a mayor proceso permanente de escucha, mayor cultura de seguridad.

Tercera: Los resultados demostraron que la propuesta estratégica compartida en el Instituto Materno Perinatal de Lima está entre regular y eficiente: y la cultura de seguridad, también está entre deficiente, regular y eficiente; es decir, los trabajadores no perciben una gestión compartida, ni se percibe plenamente la cultura de seguridad de los pacientes, asimismo, se ha determinado la existencia de una correlación positiva moderada y significativa entre la propuesta estratégica compartida y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, siendo el Rho de ,479**; es decir, el índice de correlación al 47.9%.

Confirmando a mayor propuesta estratégica compartida, mayor cultura de seguridad.

Cuarta: Los resultados demostraron que el liderazgo para el cambio en el Instituto Materno Perinatal de Lima está entre deficiente, regular y eficiente: y la cultura de seguridad, también está entre deficiente, regular y eficiente; es decir, los trabajadores no perciben una gestión con liderazgo, ni se percibe plenamente la cultura de seguridad de los pacientes, asimismo, se ha determinado la existencia de una correlación positiva alta y significativa entre el liderazgo para el cambio y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, siendo el Rho de ,721**; es decir, el índice de correlación al 72.1%.

Confirmando a mayor liderazgo para el cambio, mayor cultura de seguridad.

Quinta: Los resultados demostraron que el plan compartido en el Instituto Materno Perinatal de Lima está entre deficiente, regular y eficiente: y la cultura de seguridad, también está entre deficiente, regular y eficiente; es decir, los trabajadores no se consideran para de la

gestión, ni se percibe plenamente la cultura de seguridad de los pacientes, asimismo, se ha determinado la existencia de una correlación positiva moderada y significativa entre el plan compartido y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, siendo el Rho de ,408**; es decir, el índice de correlación al 40.8%.

Confirmando a mayor plan compartido, mayor cultura de seguridad.

Sexta: Los resultados demostraron que la nueva competencia organizacional en el Instituto Materno Perinatal de Lima está entre deficiente, regular y eficiente: y la cultura de seguridad, también está entre deficiente, regular y eficiente; es decir, los trabajadores no perciben una nueva gestión, ni se percibe plenamente la cultura de seguridad de los pacientes, asimismo, se ha determinado la existencia de una correlación positiva moderada y significativa entre la nueva competencia organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, siendo el Rho de ,657**; es decir, el índice de correlación al 65.7%.

Confirmando a mayor implementación de una nueva competencia organizacional, mayor cultura de seguridad.

VI RECOMENDACIONES

PRIMERO: Visto los resultados de las frecuencias de la gestión hospitalaria cruzada con la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 16 y figura 13 se observa que para el 8,4% es deficiente, para el 58,6%, regular, para el 28,8%, eficiente y para el 4,2%, muy eficiente, deduciendo, que no se percibe buena gestión, ni, plenamente una cultura de seguridad de los pacientes; por lo que se recomienda al Director General del Instituto Materno Perinatal de Lima poner en marcha la Política Nacional de Calidad en Salud aprobada qcon R.M. N° 727-2009/MINSA.

Segunda: Visto los resultados de las frecuencias del proceso permanente de escucha cruzada con la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 17 y figura 14 se percibe que el proceso permanente de escucha en el citado nosocomio es regular y eficiente; en cuanto a la cultura de seguridad de los pacientes, parcialmente eficiente; es decir, los trabajadores no se sienten escuchados, ni se percibe plenamente una cultura de seguridad de los pacientes; por lo que se recomienda a la Dirección General del Instituto Materno Perinatal de Lima reorganizar la Gerencia de Recursos Humanos, al mismo tiempo, la Gerencia de Gestión de Riesgos.

Tercera: Visto los resultados de las frecuencias del liderazgo para el cambio cruzada con la cultura de seguridad del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017, en la tabla 19 y figura 16 se percibe que el liderazgo para el cambio está entre regular y eficiente; en cuanto a la cultura de seguridad de los pacientes, también es parcialmente eficiente; es decir, los trabajadores no perciben el liderazgo en la gestión, ni, una

cultura de seguridad de los pacientes; por lo que se recomienda a la Dirección General del Instituto Materno Perinatal de Lima reorientar la gestión en base a un liderazgo, tal como señala el Ministerio de Salud (1999) que los gerentes y jefes deben ahora comprender que de nada valen las jerarquías impuestas, que los puestos pasan; “el puesto no hace a la persona, sino la persona hace al puesto” y que el objetivo esencial, cuando se administra personal, no es siendo precisamente dictador, sino tratando de estar más cerca del personal, ganarse su confianza, enseñarles, formarlos y llegar a hacer de ellos un equipo comprometido y eficaz.

Cuarta: Se recomienda tener en cuenta los resultados de esta investigación en futuras investigaciones.

VII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, C. (2014). *Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Centro Médico Naval*. Lima, Perú: UNSM - Tesis.
- Arias, F., & Ruiz, H. (2014). *Aplicación web y móvil de monitoreo y control del tratamiento de los pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. Lima, Perú: USMP - Tesis.
- Artaza, O., Barría, M., Fuenzalida, A., Núñez, K., Quintana, A., Vargas, I., . . . Vidales, A. (2014). *Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios*. Santiago, Chile: Gobierno de Chile.
- Bonato, V. (2011). Gestão de qualidade em saúde : melhorando assistência ao cliente Health quality management : improving support to client Gestión de calidad en salud mejorando asistencia al cliente. *Revista Médica*, pp. 319-350.
- Cabañas, R. (1994). Evaluación de la atención de la salud. *Revista Médica Hondureña*, pp. 24-29.
- Camargo, T., Queiroz, G., Silvestre, A., De Canargo, N., & Bauer, A. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería Global N° 33*, pp. 336-348.
- Campos, C., Martínez, J., & Chavarría, R. (2010). Encuesta exploratoria sobre seguridad de los pacientes en médicos internos de pregrado. *Revista CONAMED*, PP. 15-24.
- Carrioni, C., Hernández, M., & Molina, G. (2007). La autonomía de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS): más un ideal que una vivencia institucional. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, pp. 75-84.
- Chen, C., & Li, H. (2010). Measuring patient safety culture in Taiwan using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). *BMC Health Services Research*, pp. 152-162.
- Collins, D.; Njeru, G.; Meme, J.; Newbrander, W. (1999). Hospital autonomy: the experience of kenyatta national hospital. *Int J Health Plann Mgmt*, pp. 129-145.
- Dussel, I., & Southwell, M. (s/f). En busca de otras formas de cuidado. *Revista Monitor N° 4*, 1-13.

- Dussel, I.; South, M. (2014). *Salud y seguridad en el trabajo (SST). Aportes para una cultura de la prevención*. Argentina: MITESS.
- Echeverri, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, pp. 24-27.
- Filho, A. (2011). *Cultura e gestão de segurança no trabalho em organizações industriais : uma proposta de modelo organizações industriais*. El Salvador: Universidade Federal da Bahia - Tesis.
- Giménez, T. (2013). *Análisis de la cultura de seguridad del paciente en directivos y gestores en el ámbito sanitario público de la comunidad autónoma de Aragón*. Zaragoza, España: Universidad Zaragoza - Tesis.
- Godoy, R., & Pecanha, D. (2012). Cultura organizacional e processos de inovação: um estudo psicossociológico em empresa de base tecnológica. *Bol. - Acad. Paul. Psicol*, pp. 32-37.
- Gómez, O., Soto, A., Arenas, A., Garzón, J., González, A., & Mateus, E. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente . *Revista Avances en enfermería XXIX*, pp. 363-374.
- Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saude Publica*, pp. 991-1001.
- Inca, A. (2016). *Modelo de gestión de calidad en el servicio de laboratorio clínico en el Hospital Básico Privado Durán de la Ciudad de Ambato en el año 2015*. Ambato, Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes - Tesis.
- Kirk, S., Parker, D., Claridge, T., Esmail, A., & Marshall, M. (2007). Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Qual Saf Health Care*, pp. 313-320.
- León, R. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Revista Cubana Enfermer*, pp. 22-29.
- McPake, B. (1996). Public autonomous hospitals in sub-Saharan Africa: trends and issues. *Health Policy*, pp. 155-168.
- Mendez, C., & Torres, M. (2010). Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. *Revista de Salud Pública*, pp. 367-377.
- Merino, B., & Reyes, M. (2014). *Modelo para evaluar la calidad del servicio al usuario atendido en consulta externa en establecimientos de salud en el Perú*. Lima, Perú: USMP - Tesis.

- Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2006). Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente en la república de Colombia. *Buenos y Creativos*, pp. 12-19.
- Ministerio de Salud. (1999). *Gestión de Recursos Humanos*. Lima, Perú: MINSA.
- Ministerio de Salud. (2013). *Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA*. Lima, Perú: MINSA.
- Ministerio de Salud y Consumo. (2005). *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes*. Madrid, España: Universidad de Murcia.
- Navas, M., & Ulloa, M. (2013). *Evaluación de la gestión de la calidad de los servicios de salud ofertados por el Hospital San Sebastián del Canton Sígfig*. Cuenca, Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana - Tesis.
- OMS. (2010). *IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009*. Génova: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). . Calidad de la atención: seguridad del paciente. *Revista Médica*, pp. 22-32.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente . *Revista Médica*, pp. 56-76.
- Paz, M. (2009). *El control interno de gestión de las clínicas privadas de Lima Metropolitana*. Lima, Perú: USMP - Tesis.
- Pérez, J. (2014). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. *Revista CONAMED*, pp. 52-58.
- Reiling, J. (2005). Creating a culture of patient safety through innovative hospital design. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation. Volume 3*, pp. 134-146.
- Rojas, E. (2015). *Nivel de conocimiento y grado de cumplimiento de las medidas de bioseguridad en la protección personal en el personal de enfermería que labora en la estrategia nacional de control y prevención de la tuberculosis de una Red de Salud - Callao 2015*. Lima, Perú: UNMSM.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México, D.F.: MzGraw - Hill.

- Secretaria de Salud de Honduras C.A. (2012). *Modelo de Gestión Hospitalaria: Hospitales eficientes, gestionados por resultados con Calidad*. Tegicigalpa, Honduras: USAID-ULAT.
- Sharma, S., & Hotchkiss, D. (2001). Developing financial autonomy in public hospitals in India: Rajasthan's model. *Health Policy*, pp. 1-18.
- Shteynberg, G., Sexton, B., & Thomas, E. (2005). Test Retest Reliability of the Safety Climate Scale. *Johns Hopkins Quality and Safety Research Group*, pp.28-20.
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). Hospital Survey on Patient Safety Culture. *AHRQ Publication N° 4*, pp. 34-43.
- Wegner, W., & Rubim, E. (2012). La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, pp. 2-8.

VIII ANEXOS

**ANEXO I
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

TITULO: Gestión hospitalaria y cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES																															
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación que existe entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuál es la relación que existe entre el proceso permanente de escucha y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la propuesta estratégica compartida y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el liderazgo para el cambio y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el plan compartido y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el plan compartido y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la nueva competencia organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación que existe entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017</p> <p>Objetivos específicos: Determinar la relación que existe entre el proceso permanente de escucha y cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la propuesta estratégica compartida y cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre el liderazgo para el cambio y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre el plan compartido y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la nueva competencia organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.</p>	<p>Hipótesis general: Ha= La relación que existe entre la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.</p> <p>Hipótesis específicas H1= La relación que existe entre el proceso permanente de escucha y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.</p> <p>H2= La relación que existe entre la propuesta estratégica compartida y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.</p> <p>H3= La relación que existe entre el liderazgo para el cambio y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.</p> <p>H4= La relación que existe entre el plan compartido y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.</p> <p>H5= La relación que existe entre la nueva competencia organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 es significativa.</p>	<p>Variable 1: Gestión hospitalaria</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Ítems</th> <th>Índices</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Proceso permanente de escucha.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de información - Capacidad de reflexión - Retroalimentación. - Desarrollo de una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman el entorno de la organización </td> <td rowspan="5">Cuestionario de 20 preguntas con escalamiento Likert.</td> <td rowspan="5">Siempre (5) Casi siempre (4) Algunas veces. (3) Casi nunca (2) Nunca (1)</td> </tr> <tr> <td>Propuesta estratégica compartida.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Razón de ser. - Factor estratégico - Trabajo institucional. - Proceso sistemático de entrenamiento en servicio de acuerdo a las necesidades </td> </tr> <tr> <td>Liderazgo para el cambio.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de influencia transformadora de la conducta organizacional. - Movilización de la organización para el cumplimiento de su función pública. - Cumplimiento de objetivos estratégicos precisos y verificables. - Cumplimiento efectivo de la misión institucional. </td> </tr> <tr> <td>Plan compartido.</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Participación organizada. - Objetivos comunes. - Gestión participativa. - Liderazgo facilitador. </td> </tr> <tr> <td>Nueva competencia organizacional</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje para el cambio. - Cultura de aprendizaje. - Relaciones de cotidianidad de la organización. - Proceso de cambio de cultura. - Aprendizaje y desarrollo continuo de nuevas capacidades </td> </tr> </tbody> </table> <p>Variable 2: Cultura de seguridad</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Ítems</th> <th>Índices</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cultura de seguridad</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de eventos notificados. - Percepción de seguridad. </td> <td rowspan="3">Cuestionario de 26 preguntas elaborado tipo Escala de Likert</td> <td rowspan="3">Siempre (5) Casi siempre (4) Algunas veces. (3) Casi nunca (2) Nunca (1)</td> </tr> <tr> <td>Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad. - Aprendizaje organizacional/mejora continua. - Dotación de personal - Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente </td> </tr> <tr> <td>Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en equipo entre unidades/servicios. - Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades </td> </tr> </tbody> </table>				Dimensiones	Indicadores	Ítems	Índices	Proceso permanente de escucha.	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de información - Capacidad de reflexión - Retroalimentación. - Desarrollo de una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman el entorno de la organización 	Cuestionario de 20 preguntas con escalamiento Likert.	Siempre (5) Casi siempre (4) Algunas veces. (3) Casi nunca (2) Nunca (1)	Propuesta estratégica compartida.	<ul style="list-style-type: none"> - Razón de ser. - Factor estratégico - Trabajo institucional. - Proceso sistemático de entrenamiento en servicio de acuerdo a las necesidades 	Liderazgo para el cambio.	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de influencia transformadora de la conducta organizacional. - Movilización de la organización para el cumplimiento de su función pública. - Cumplimiento de objetivos estratégicos precisos y verificables. - Cumplimiento efectivo de la misión institucional. 	Plan compartido.	<ul style="list-style-type: none"> - Participación organizada. - Objetivos comunes. - Gestión participativa. - Liderazgo facilitador. 	Nueva competencia organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje para el cambio. - Cultura de aprendizaje. - Relaciones de cotidianidad de la organización. - Proceso de cambio de cultura. - Aprendizaje y desarrollo continuo de nuevas capacidades 	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Índices	Cultura de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de eventos notificados. - Percepción de seguridad. 	Cuestionario de 26 preguntas elaborado tipo Escala de Likert	Siempre (5) Casi siempre (4) Algunas veces. (3) Casi nunca (2) Nunca (1)	Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad. - Aprendizaje organizacional/mejora continua. - Dotación de personal - Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente 	Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en equipo entre unidades/servicios. - Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Índices																												
Proceso permanente de escucha.	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de información - Capacidad de reflexión - Retroalimentación. - Desarrollo de una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman el entorno de la organización 	Cuestionario de 20 preguntas con escalamiento Likert.	Siempre (5) Casi siempre (4) Algunas veces. (3) Casi nunca (2) Nunca (1)																															
Propuesta estratégica compartida.	<ul style="list-style-type: none"> - Razón de ser. - Factor estratégico - Trabajo institucional. - Proceso sistemático de entrenamiento en servicio de acuerdo a las necesidades 																																	
Liderazgo para el cambio.	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de influencia transformadora de la conducta organizacional. - Movilización de la organización para el cumplimiento de su función pública. - Cumplimiento de objetivos estratégicos precisos y verificables. - Cumplimiento efectivo de la misión institucional. 																																	
Plan compartido.	<ul style="list-style-type: none"> - Participación organizada. - Objetivos comunes. - Gestión participativa. - Liderazgo facilitador. 																																	
Nueva competencia organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje para el cambio. - Cultura de aprendizaje. - Relaciones de cotidianidad de la organización. - Proceso de cambio de cultura. - Aprendizaje y desarrollo continuo de nuevas capacidades 																																	
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Índices																															
Cultura de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de eventos notificados. - Percepción de seguridad. 	Cuestionario de 26 preguntas elaborado tipo Escala de Likert	Siempre (5) Casi siempre (4) Algunas veces. (3) Casi nunca (2) Nunca (1)																															
Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio	<ul style="list-style-type: none"> - Expectativas y acciones de la dirección/ supervisión de la Unidad/ Servicio que favorecen la seguridad. - Aprendizaje organizacional/mejora continua. - Dotación de personal - Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente 																																	
Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en equipo entre unidades/servicios. - Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades 																																	

METODO Y DISEÑO	POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADISTICA
<p>1. Enfoque: Cuantitativo</p> <p>2. Tipo de investigación Descriptivo.</p> <p>3. Diseño de investigación No Experimental – Correlacional – Transversal.</p> <p>4. Método Deductivo</p>	<p>Población. La población del estudio está constituida por todos los Enfermeros del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 en un total de 377.</p> <p>Muestra. La muestra está constituida por todos los Enfermeros del Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017 en un total de 191.</p> <p>Muestreo Probabilístico al 95%.</p>	<p>a) Técnica</p> <p>La técnica a utilizarse será la ENCUESTA.</p> <p>b) Instrumentos</p> <p>Cuestionario de encuesta TIPO ESCALA DE LIKERT</p>	<p>Análisis de datos:</p> <p>Estadística Descriptiva: Tablas de frecuencia y figuras de barras de las variables y dimensiones.</p> <p>Estadística Inferencial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alfa de Cronbach para la fiabilidad. - Rho de Spearman para la prueba de hipótesis y correlación por ser variables no paramétricas.

ANEXO 2

INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN

Cuestionario sobre Gestión hospitalaria y cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.

INSTRUCCIONES: Estimada (o) colega del Instituto Materno Perinatal de Lima a continuación tienes 20 preguntas sobre **la gestión hospitalaria**, para lo cual debes marcar con el número de la tabla la opción que consideras correcta.

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

VARIABLE N° 1: Gestión hospitalaria

N°	ÍTEMS	ÍNDICES				
		5	4	3	2	1
	Proceso permanente de escucha					
1	Percibes que en la Dirección del Instituto Materno Perinatal de Lima existe un adecuado manejo de información.					
2	Percibes que la alta gerencia del Instituto Materno Perinatal de Lima desarrolla la capacidad de reflexión como ingrediente de la gestión.					
3	Percibes que la alta gerencia del Instituto Materno Perinatal de Lima desarrolla la retroalimentación en el proceso de comunicación.					
4	Percibes que el desarrollo de una gestión del Instituto Materno Perinatal de Lima se da en base a la escucha y comprensión de los fenómenos que conforman el entorno de la organización.					
	Propuesta estratégica compartida					
5	Percibes que la razón de ser de la gestión del Instituto Materno Perinatal de Lima es la propuesta estratégica compartida.					
6	En el Instituto Materno Perinatal de Lima todos los integrantes conocen el factor estratégico para el logro de objetivos institucionales.					
7	En el Instituto Materno Perinatal de Lima el trabajo institucional es compartido y colegiado (trabajo en equipo).					
8	En el Instituto Materno Perinatal de Lima el trabajo institucional en el trabajo existe un proceso sistemático de entrenamiento en servicio de acuerdo a las necesidades					
	Liderazgo para el cambio.					
9	La alta gerencia del Instituto Materno Perinatal de Lima desarrolla la Capacidad de influencia transformadora de la conducta organizacional; es decir, se nota los cambios de mejora en la institución.					
10	La alta gerencia del Instituto Materno Perinatal de Lima moviliza la organización para el cumplimiento de su función pública, es decir, se preocupa por la mejora continua en la atención.					
11	La alta gerencia del Instituto Materno Perinatal de Lima trabaja para el cumplimiento de objetivos estratégicos precisos y verificables.					
12	La alta gerencia del Instituto Materno Perinatal de Lima se preocupa por el cumplimiento de la misión institucional.					
	Plan compartido					
13	La gestión del Instituto Materno Perinatal de Lima involucra a todos los profesionales y técnicos de manera organizada en la planificación institucional.					
14	Tos los profesionales y técnicos del Instituto Materno Perinatal de Lima planifican su trabajo en base a objetivos comunes.					
15	La alta gerencia del Instituto Materno Perinatal de Lima ejerce una gestión participativa.					
16	La alta gerencia del Instituto Materno Perinatal de Lima ejerce un liderazgo facilitador; es decir, que está pendiente de todas las necesidades de sus trabajadores.					
	Nueva competencia organizacional					
18	La gestión del Instituto Materno Perinatal de Lima proyecta sus acciones en base al aprendizaje para el cambio.					
19	La gestión del Instituto Materno Perinatal de Lima considera que la nueva competencia organizacional debe darse con una cultura de aprendizaje.					
20	Consideras que la gestión del Instituto Materno Perinatal de Lima se interesa por las relaciones interpersonales como parte de un nuevo modelo de gestión.					

NOTA: ADAPTADO DEL MODELO DE GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS 2005.

INSTRUMENTOS DE RECOJO DE INFORMACIÓN

Cuestionario sobre Gestión hospitalaria y cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017.

INSTRUCCIONES: Estimada (o) colega del Instituto Materno Perinatal de Lima a continuación tienes 26 preguntas sobre **la cultura de seguridad**, para lo cual debes marcar con el número de la tabla la opción que consideras correcta.

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

VARIABLE N° 2: Cultura de seguridad del paciente

N°	ÍTEMS	ÍNDICES				
		5	4	3	2	1
	Cultura de seguridad					
1	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
2	Se notifican 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.					
4	No se producen más fallos por casualidad.					
5	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
6	En esta unidad hay problemas relacionados con la «Seguridad del paciente».					
7	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					
	Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio					
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.					
12	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
13	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan 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					
15	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
16	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente					
17	La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades					
18	La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente					
	Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital					
19	Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
20	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.					
21	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.					
22	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.					
23	La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra.					
24	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
25	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					
26	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO DE GESTION
HOSPITALARIA**

DIMENCIONES /ÍTEMS		PRTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD		SUGERENCIA
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Dimensión 1: Proceso permanente de escucha								
1	Percibes que en la Dirección del Instituto Materno Perinatal de Lima existe un adecuado manejo de información.	X		X		X		
2	Percibes que la alta gerencia del Instituto Materno Perinatal de Lima desarrolla la capacidad de reflexión como ingrediente de la gestión.	X		X		X		
3	Percibes que la alta gerencia del Instituto Materno Perinatal de Lima desarrolla la retroalimentación en el proceso de comunicación.	X		X		X		
4	Percibes que el desarrollo de una gestión del Instituto Materno Perinatal de Lima se da en base a la escucha y comprensión de los fenómenos que conforman el entorno de la organización.	X		X		X		
Dimensión 2: Propuesta estratégica compartida								
5	Percibes que la razón de ser de la gestión del Instituto Materno Perinatal de Lima es la propuesta estratégica compartida.	X		X		X		
6	En el Instituto Materno Perinatal de Lima todos los integrantes conocen el factor estratégico para el logro de objetivos institucionales.	X		X		X		
7	En el Instituto Materno Perinatal de Lima el trabajo institucional es compartido y colegiado (trabajo en equipo).	X		X		X		
8	En el Instituto Materno Perinatal de Lima el trabajo institucional en el trabajo existe un proceso sistemático de entrenamiento en servicio de acuerdo a las necesidades	X		X		X		

Dimensión 5: Nueva competencia organizacional							
18	La gestión del Instituto Materno Perinatal de Lima proyecta sus acciones en base al aprendizaje para el cambio.	X		X		X	
19	La gestión del Instituto Materno Perinatal de Lima considera que la nueva competencia organizacional debe darse con una cultura de aprendizaje.	X		X		X	
20	Consideras que la gestión del Instituto Materno Perinatal de Lima se interesa por las relaciones interpersonales como parte de un nuevo modelo de gestión.	X		X		X	

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

DIMENCIONES / ÍTEMS		Pertinencia		Relevancia		Claridad		Sugerencia
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Dimensión 1: Cultura de seguridad								
1	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	✓		✓		✓		
2	Se notifican 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.	✓		✓		✓		
4	No se producen más fallos por casualidad.	✓		✓		✓		
5	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
6	En esta unidad hay problemas relacionados con la «Seguridad del paciente».	✓		✓		✓		
7	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	✓		✓		✓		
Dimensión 2: Cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio								
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.	✓		✓		✓		
12	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	✓		✓		✓		
13	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan 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	✓		✓		✓	
15	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	✓		✓		✓	
16	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente	✓		✓		✓	
17	La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	✓		✓		✓	
18	La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	✓		✓		✓	
Dimensión 3: Cultura de seguridad a nivel de todo el hospital							
19	Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	✓		✓		✓	
20	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.	✓		✓		✓	
21	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	✓		✓		✓	
22	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	✓		✓		✓	
23	La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra.	✓		✓		✓	
24	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	✓		✓		✓	
25	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	✓		✓		✓	
26	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	✓		✓		✓	

Observaciones (precisar si hay suficiente): suficiente

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellido y nombre del juez validador: Dr/Mg: Sebastian Sánchez Díaz DNI: 0954802

Especialidad del validador: Psicólogo

04 de Mayo del 2017

- Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- Relevancia:** El ítem es aplicado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
- Claridad:** Se atiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
- Nota:** Suficiencia se dice suficiencia cuando los ítems planeados son suficientes para medir la dimensión.



Firma del Experto Informante

Observaciones (precisar si hay suficiente): Suficiencia

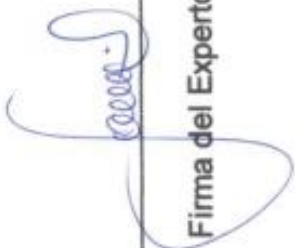
Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellido y nombre del juez validador: Dr/Mg: Sabastán Sánchez Díaz DNI: 09034802

Especialidad del validador: _____

04 de Mayo del 2017

- Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- Relevancia:** El ítem es aplicado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
- Claridad:** Se atiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
- Nota:** Suficiencia se dice suficiencia cuando los ítems planeados son suficientes para medir la dimensión.



Firma del Experto Informante



RODAS DE PLATA



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Escuela de Posgrado

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

Lima, 17 de mayo de 2017

Carta P. 199 – 2017 EPG – UCV LE

Señor(a)

Dr. Enrique Guevara Ríos

Instituto Nacional Materno Perinatal

Atención:

Director General del INMP

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **CECILIA NIEVES PEREZ ORE CECILIA NIEVES** identificado(a) con DNI N.º **20031087** y código de matrícula N.º **7000960368**; estudiante del Programa de **Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud** quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

"Gestión hospitalaria y cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería Instituto Materno Perinatal, Lima 2017"

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda desarrollar su investigación.

Con este motivo, le saluda atentamente,



Dr. Raúl Delgado Arenas
Jefe de la Escuela de Posgrado – Campus Lima Este