



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

Seguridad del paciente en los servicios de Hospitalización
Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del
Niño, San Borja 2018

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Pulache Maco, Patricia Janeth (ORCID: 0000-0001-5152-2659)

ASESOR:

M Sc. Paca Pantigoso, Flabio Romeo (ORCID: 000-0002-6921-4125)

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Calidad de las Prestaciones asistenciales y Gestión del riesgo en Salud

LIMA – PERÚ

2018

Dedicatoria

Dedicado la presente a mi hija motivación
de mi vida,
A mi esposo por su apoyo incondicional.
A mis padres apoyo incansable.

Agradecimiento

A mi asesor de tesis por el apoyo constante para lograr culminar el trabajo y fortalecer el contenido con las sugerencias y observaciones realizadas

Índice

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice.....	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen.....	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO.....	8
III. MÉTODOLOGÍA	19
3.1 Tipo y diseño de estudio	19
3.2 Variables, operacionalización	19
3.3 Población, muestra y muestreo	19
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos y confiabilidad	21
3.5 Procedimiento	23
3.6 Métodos de análisis de datos	23
3.7 Aspectos éticos.....	23
IV RESULTADOS	24
V. DISCUSIÓN	48
VI. CONCLUSIONES	53
VII RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS.....	59
ANEXOS	62

Índice de tablas

Tabla 1. Población del personal de enfermería del Instituto Nacional de Salud del Niño.....	20
Tabla 2. Frecuencias relativas a cada categoría.....	21
Tabla 3. Interpretación del coeficiente de confiabilidad.....	22
Tabla 4. Resumen de procesamiento de casos.....	22
Tabla 5. Estadística de Fiabilidad.....	22
Tabla 6. Resumen de procesamiento de casos.....	24
Tabla 7. Tabla cruzada de frecuencia de eventos notificados de la seguridad del paciente.....	25
Tabla 8. Tabla cruzada de percepción de la seguridad del paciente.....	26
Tabla 9. Tabla cruzada de Expectativas y acciones de la dirección sobre la seguridad del paciente.....	27
Tabla 10. Tabla cruzada de Aprendizaje y mejora continua de seguridad del paciente.....	28
Tabla 11. Tabla cruzada del Trabajo en equipo de la seguridad del paciente.....	29
Tabla 12. Tabla cruzada franqueza en la comunicación de seguridad del paciente.....	30
Tabla 13. Tabla cruzada Feed-back y comunicación sobre errores de seguridad del paciente.....	31
Tabla 14. Tabla cruzada de respuestas no punitivas a los errores en la seguridad del paciente.....	32
Tabla 15. Tabla cruzada de la dotación del personal para la seguridad del paciente.....	33
Tabla 16. Tabla cruzada del Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente.....	34
Tabla 17. Tabla cruzada del trabajo en equipo entre unidades de la seguridad del paciente.....	35
Tabla 18. Tabla cruzada de seguridad del paciente.....	36
Tabla 19. Pruebas de chi-cuadrado.....	37
Tabla 20. Pruebas de chi-cuadrado.....	38
Tabla 21. Tabla 21. Chi-cuadrado de Pearson.....	39
Tabla 22. Pruebas de chi-cuadrado.....	40
Tabla 23. Pruebas de chi-cuadrado.....	41
Tabla 24. Pruebas de chi-cuadrado.....	42
Tabla 25. Pruebas de chi-cuadrado.....	43
Tabla 26. Pruebas de chi-cuadrado.....	44
Tabla 27. Pruebas de chi-cuadrado.....	45
Tabla 28. Pruebas de chi-cuadrado.....	46
Tabla 29. Pruebas de chi-cuadrado.....	47

Índice de figuras

Figura 1. Frecuencia de eventos notificados de la seguridad del paciente.....	25
Figura 2. Percepción de la seguridad del paciente.....	26
Figura 3. Expectativas y acciones de la dirección sobre la seguridad del paciente	27
Figura 4. Aprendizaje y mejora continua de seguridad del paciente.....	28
Figura 5. Trabajo en equipo de la seguridad del paciente.....	29
Figura 6. Franqueza en la comunicación de seguridad del paciente.....	30
Figura 7. Feed-back y comunicación sobre errores de seguridad del paciente	31
Figura 8. Respuestas no punitivas a los errores en la seguridad del paciente	32
Figura 9. Dotación del personal para la seguridad del paciente	33
Figura 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	34
. Figura 11. Trabajo en equipo entre unidades de la seguridad del paciente.....	35

Resumen

El estudio, tuvo como finalidad determinar si existe diferencia entre los niveles de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018. El paradigma de la investigación fue positivista, el enfoque de la investigación fue cuantitativa, el tipo de investigación descriptiva, diseño no test. La muestra fue de 26 enfermeras del servicio de Hospitalización Neurocirugía y 38 profesionales en enfermería de UCI Neurocirugía. El recojo de información se facilitó empleando la técnica de la encuesta, a través del instrumento de medición el cuestionario, con una escala valorativa tipo Likert, la cual obtuvo un nivel confiable de 80.90% ratificando su empleabilidad en la investigación. Para el procesamiento de los resultados y contrastación de las hipótesis se utilizó el coeficiente de Pearson (Rho) procesado con el software estadístico IBM SPSS versión 22, dando respuesta a las 11 dimensiones de la variable, sustentadas en la formulación de objetivos y/o problemas producto de la indagación. Por lo tanto, se llegó a determinar que, se percibe respecto a la variable seguridad del paciente en UCI neurocirugía el 100% considera que es regular y en Hospitalización neurocirugía también el 100% manifiesta lo mismo, por lo que se garantiza adecuadamente la buena salud de los pacientes en el área respectiva; en efecto, las variables demuestran resultados inestables hallados en la significancia, corroborando la factibilidad de su contrastación.

Palabras clave: Seguridad, servicio de hospitalización, neurocirugía y UCI.

Abstract

The purpose of the study was to determine if there is a difference between the levels of patient safety in the provision of neurosurgery hospitalization services and the ICU Neurosurgery of the National Institute of Child Health, San Borja 2018. The research paradigm was positivist, the focus of the research was quantitative, the type of descriptive research, design not test. The sample consisted of 26 nurses from the Hospitalization Neurosurgery service and 38 nursing professionals from the ICU Neurosurgery. The collection of information was facilitated using the survey technique, through the measuring instrument of the questionnaire, with a Likert type rating scale, which obtained a reliable level of 80.90% confirming its employability in the research. For the processing of the results and testing of the hypothesis, the Pearson coefficient (Rho) processed with the statistical software IBM SPSS version 22 was used, responding to the 11 dimensions of the variable, based on the formulation of objectives and / or problems product of the inquiry. Therefore, it was determined that, regarding the safety variable of the patient in the ICU, neurosurgery, 100% considers it to be regular, and in neurosurgery Hospitalization, 100% also shows the same, so that good health is adequately guaranteed. Of the patients in the respective area; in effect, the variables show unstable results found in the significance, corroborating the feasibility of their comparison.

Keywords: Safety, hospitalization service, neurosurgery and ICU.

I. INTRODUCCIÓN

La Seguridad del Paciente está definida como “la reducción del riesgo de daños innecesarios de la atención sanitaria a un mínimo aceptable” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Casos de urgencias que se dan con los usuarios implican contar con servicios eficientes evitando inconvenientes en su recuperación

En el ámbito internacional, los que laboran en el área de enfermería, son relevantes como integrantes del sector sanitario con un adecuado vínculo con los pacientes a nivel de las diversas áreas de servicio, por lo que es relevante participar en situaciones asociadas a la calidad, así como en aspectos asociados actualmente con la confiabilidad de los pacientes y enfermeras desde sus competencias, habilidad, dirección y objetivos respecto a la calidad en atender.

Sobre la relación a gestión en Salud, respecto a la visión relacionado con la salud de los pobladores, que son los beneficiarios del servicio, precisan de muchas herramientas y métodos que respondan a los objetivos de un servicio eficiente y con la calidad debida, que permita mejorar la capacidad organizativa y la de gestión en diversas entidades, con lo que se mejore sustancialmente el servicio tal que se busca priorizar la vida de las personas que son los pacientes los cuales requieren protección y cuidado de su salud.

Con el fin de alcanzar un adecuado manejo en la seguridad del paciente con los cuidados requeridos, se hacen diversos esfuerzos con fines de lograr una atención buena y precisa de los aspectos sanitarios con la calidad esperada, constituyendo aspectos primordiales de la gestión de la salud.

De lo referido la Alianza Mundial respecto a la seguridad del Paciente busca ofrecer un adecuado servicio. Los diversos países que integran la OMS, siendo una de ellos el Perú, buscan cohesionar esfuerzos con la finalidad que el servicio ofrecido sea de calidad. Se conformó el Comité Técnico en la relación a la seguridad de los pacientes, teniendo como propósito el fortalecimiento de servicios del sector salud de tal manera que sea seguro al brinda atención a los pacientes (OMS, 2018).

Al respecto siendo el 2007, se consideró al Perú partícipe de la OMS/Alianza

Mundial en la Seguridad del paciente, Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, tal que fueron 5 países latinoamericanos (IBEAS) siendo: México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina. Es Salud nombró al Hospital Rebagliati y Emergencias Grau; logrando estudios que son 10 de los 100 pacientes designados al instante precisaron lesión producida por personal sanitario indicando los tipos las actividades adversas está asociada respecto a nosocomial en 39,6%, en procedimientos 28,8%, al diagnóstico 10,8%, a la medicación 8,4%, cuidado 6,9%, otros aspectos contrarios 3,5%, del cual se tiene 41,2% no se puede evitar y el 58,8% si es evitable (Ministerio de Salud [MINSAL], 2014, s.n.p.).

Pese a que los últimos años, la gestión y reducción del riesgo para los pacientes se ha convertido en la preocupación siendo imprescindible. Se destaca que al menos la mitad de proveedores en servicios sanitarios notifica se cometa el error en la práctica en los últimos años. También la complejidad en el aspecto clínico y aumentar en la edad media provocando los eventos adversos resulten el problema constante, lo que permitió estudiar aquellos EA (eventos adversos) tenga importante vigencia.

Es importante se impulse lo que se produjo en razón a la seguridad del paciente realizadas por la administración, implantándose de forma lenta la conciencia y prestación sanitarias, también el desarrollo de situaciones de investigar con la debida mejora de productos y eficiencia previniendo los riesgos.

Obviamente el servicio de Neurocirugía y UCI Neuroquirúrgica se comprobó que no se cuenta con la adecuada dotación precisa en el atender pacientes, ciertas enfermeras fijan dosis específicas con fines de calmar diversos malestares del paciente; tal que determinaron la carencia del recurso material en atender, en tanto los de Bioseguridad resultan siendo desechables.

También según la normativa se verificó que a nivel de Neurocirugía hay carencia de la normativa respecto a la bioseguridad, situaciones que evitan descuidos en los tratantes y aspectos laborales desde el punto de vista asistencial. Por otra parte, existe deficiencias en la aplicación en cuidar los pacientes,

hallándose ciertas camas sin barandas a pesar de haber en sus atenciones pacientes postrados, con tumor cerebral, lactante, niños con convulsiones y otras enfermedades, siendo para el paciente un mayor riesgo de tal manera que se hace complicado lograr su recuperación y su situación de salud, a nivel del área de Neurocirugía.

Según lo planteado, es evidente que la seguridad de los tratantes es relevante, en relación al cuidado de los enfermos en las labores que efectúan a nivel de diversos servicios respecto al Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja para que se dé cuidado adecuado en el servicio a nivel de hospitalizarlos en Neurocirugía y UCI. Por ello se plantea la pregunta del estudio como problema general: ¿Qué diferencia existe entre los niveles de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018?.

Los problemas específicos son: ¿Qué diferencia existe en la frecuencia de eventos notificados de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018?, ¿Qué diferencia existe en la percepción de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018?, ¿Qué diferencia existe en las expectativas y acciones de la dirección sobre la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018?, ¿Qué diferencia existe en el aprendizaje y mejora continua de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018?, ¿Qué diferencia existe en el trabajo en equipo de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018?, ¿Qué diferencia existe en la franqueza en la comunicación de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018?, ¿Qué diferencia existe en el Feed-back y comunicación sobre errores de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud

del Niño, San Borja 2018?, ¿Qué diferencia existe en las respuestas no punitivas a los errores en la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018?, ¿Qué diferencia existe en la dotación del personal para la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018?, ¿Qué diferencia existe en el apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018? Y ¿Qué diferencia existe en el Trabajo en equipo entre unidades para la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018?

Respecto a la justificación del estudio, Valderrama (2015), en la justificación teórica, se refiere “a la inquietud respecto a la investigación para ahondar aspectos teóricos referidos al tema tratado (p. 140). Por lo que en el aspecto teórico hacen posible la organización de diversos conocimientos referentes a efectuar la parte conceptual en referencia a la seguridad de los pacientes, permitiendo hacer las comparaciones de los servicios de Hospitalización Neurocirugía y UCI. Tener el conocimiento referido a la seguridad de los pacientes es relevante para la persona, tal que, satisfaga los aspectos organizacionales, mucho personal labora gran parte de su tiempo en el centro de trabajo tal que pone énfasis en cuidar a los pacientes siendo el motivo fundamental de sus labores. Sobre la justificación práctica, Valderrama (2014), tiene que ver con lograr el experto mayores conocimientos y de esta manera aportar en resolver un problema existente (p. 141). En tal sentido la labor del estudioso es relevante ya que hace posible mediante el contenido bibliográfico, como también de la labor de campo; la información válida y siendo confiable. En tal sentido la información lograda será vital para el soporte de un profesional asesor de este sector tal que identifiquen exactamente las labores administrativas y de corrección respecto a los conocimientos referidos a la seguridad del paciente, tal que se tenga una mejor prestación asistencial en los servicios efectuados. De la justificación metodológica, Valderrama (2014), precisa

el uso de la técnica específica que son válidas para el estudio de un problema análogo, validando los instrumentos de medida (p.141). Sirve de base para otros estudiosos que ejecutan trabajos similares al presente, dotándoles a los profesionales del sector salud un estudio valioso que haga posible amplíen los conocimientos teniendo un mayor alcance a nivel de la seguridad de los pacientes. Se desarrolló un instrumento de alta confiabilidad haciendo posible medir la variable en entidades con las mismas características. Considerando la justificación legal, hay leyes y resoluciones que dan soporte tal como la Ley N°26842 - Ley N° 27657, Resolución Ministerial N° 143-2006/MINSA, Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Resolución Ministerial N° 676-2006/MINSA, aprobando el documento Técnico Plan Nacional de Seguridad del paciente 2006-2008. En relación a la justificación social, desde la entidad sanitaria, institucional, el logro que se da en el estudio de investigación hará posible a la entidad saber y contar con buenas herramientas realizando la gestión administrativa y asistencial siendo valorativo para la seguridad del paciente.

Considerando los objetivos, se tiene como objetivo general: Determinar si existe diferencia entre los niveles de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018. Los objetivos específicos son: Determinar si existe diferencia entre la frecuencia de eventos notificados de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018; Determinar si existe diferencia entre la percepción de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018; Determinar si existe diferencia en las Expectativas y acciones de la dirección sobre la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018; Determinar si existe diferencia entre el aprendizaje y mejora continua de la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018; Determinar si existe diferencia entre el trabajo en equipo de la

seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018; Determinar si existe diferencia entre la franqueza en la comunicación de la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018; Determinar si existe diferencia en el Feed-back y comunicación sobre errores de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018; Determinar si existe diferencia en las Respuestas no punitivas a los errores en la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018; Determinar si existe diferencia en la dotación del personal para la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018; Determinar si existe diferencia en Apoyo de la gerencia del hospital para la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018 y Determinar si existe diferencia en el Trabajo en equipo entre unidades, problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades para la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Considerando las hipótesis, se plantea como hipótesis general: Existe diferencia en los niveles de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018. Las hipótesis específicas son: Existe diferencia en la frecuencia de eventos notificados de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, Existe diferencia en la percepción de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, Existe diferencia en las expectativas y acciones de la dirección sobre

la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, Existe diferencia en el aprendizaje y mejora continua de la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, Existe diferencia en el trabajo en equipo de la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, Existe diferencia en la franqueza en la comunicación de la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, Existe diferencia en el Feed-back y comunicación sobre errores de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, Existe diferencia en las respuestas no punitivas a los errores en la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, Existe diferencia en la dotación del personal para la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, Existe diferencia en Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018 y Existe diferencia en el trabajo en equipo entre unidades para la seguridad del paciente en la prestación , problemas en cambios de turno de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

II. MARCO TEÓRICO

Respecto a estudios anteriores, se tienen diversas que son trascendentales asociados a las variables estudiadas, tal que se hace la revisión de los internacionales:

Erazo, Pabón, Chocue y Arroyo (2016) el en estudio su objetivo tiene que ver con la cultura de seguridad del convaleciente en el primer tercio del año 2016. El estudio fue descriptivo y transversal, con muestra de 30 empleados. En conclusión, respecto a la labor a nivel de labor operacional manifiesta tener menos realizaciones de labores a nivel del grupo y es regular, sin embargo, el desempeño laboral desarrollando responsablemente, aspectos relevantes al atender la salud, con cualidad y defensa. Se sabe que los profesionales del sector no fueron críticos y participativo en situaciones exigentes de situaciones laborales válidas para lograr la salud favorable, teniendo conceptos principales en labor profesional teniendo en tediosas labores y pocas horas laborales respecto a personas. El resultado logrado en promedio del sector y considerando como referencia del 100% es una cultura de institución evidenciando que el área asistencial está en 60.80%, teniendo la existencia de trabas en el componente conformando el aspecto de la seguridad de los pacientes en la entidad en estudio.

López, Puentes y Ramírez (2016) en su estudio su objetivo fue la cultura de salud en el centro de salud de nivel I. El estudio fue descriptivo siendo transversal considerando la muestra conformada por 81 trabajadores. El estudio logró en el aspecto educativo fortalecer a nivel del educar organizativamente de tal manera que se tiene respaldo a los pacientes. Se consiguió que el 100% significa una adecuada cultura de cuidado al tratante en la entidad, a nivel del sector asistencial respecto a la seguridad de pacientes. La capacidad escogida respecto a la mejoría constituye la cultura no punitiva, el personal. Se precisó que el personal considera positivo el 90% el desarrollo de mejora y ayuda.

Chalapú y Cuascota (2014) en su estudio planteó como objetivo precisar lo que perciben los trabajadores en el área de estudio, respecto a los convalecientes que están en el centro de salud. Consideró un estudio descriptivo y exploratorio con el detalle de ser no experimental. Consideró también un grupo poblacional

integrado por 6 enfermeras y 12 auxiliares siendo la muestra conformada por los 12 integrantes. De acuerdo a los logros alcanzados tenemos que los encuestados, el 50,0% opina que laborar en equipo es relevante respecto a la seguridad del paciente. El 27,3% manifestó que la facilidad de tocar el tema de la seguridad es relevante y el 22,7% piensa que es adecuada la actitud de los líderes respecto a la seguridad de los pacientes. Respecto a los factores asociados a la seguridad de los pacientes el 26,3% menciona que el ámbito de trabajo influye en la seguridad del paciente, luego la comunicación con el 23,7%, la fatiga y perder la concentración fue de 15,8%, la forma de afrontar los imprevistos fue 13,2% y con el 10,5% tenemos la gestión del conocimiento y respondiendo integralmente lo anterior. En conclusión, el personal que está laborando a nivel de la unidad El personal que presta servicio en dicha área de salud en relación a la capacitación referente a la cultura de seguridad de los pacientes el 94,4% de lo que fueron encuestados manifestaron que es preciso se hagan capacitaciones continuas a los colaboradores siendo básico al reducir los casos adversos en los pacientes y el 5,6% precisó que no hay la necesidad de capacitar al personal. Respecto al conocimiento referente a la cultura de seguridad de los pacientes el 61,1% precisó que si conoce su definición y el 38,9% desconoce.

Turcios (2014) en el estudio su objetivo fue la valoración de lo que se percibe del centro de salud durante el 2014. Se hizo la encuesta, participando en ella 685 profesionales del centro de salud, siendo el estudio no experimental. Se halló que el 35.78% de los que participaron en la encuesta precisaron que trabajaron de 1-5 años a nivel sector salud. Resulta 18.91% entre 6-10 años, en tanto un 11% presenta 21 años a más laborando a nivel sector salud. Respecto a lo que se percibe de la seguridad de pacientes valoraron favorablemente (61%) y el 58% se refirieron a cuidar el paciente. Empero, se calificó de manera desfavorable respecto a lo no punitivo a errores, apertura en comunicación y lo que compone la fuerza laboral. En conclusión, según los sondeos, respecto a la protección clínica logrado difiere del valor de referencia. Lo relevante en las entidades tiene que ver con aprender a coordinar y obtener menor respuesta punitiva a fallas, respecto al fomento de oportunidades al mejorar la protección de los pacientes resultó que el 63% logró se reporte en relación al paciente y no al factor causal. También el 57% del personal da preferencia a los errores originados implique tener su propio

expediente, en relación a la asignación de personal el 65% precisa que el personal presta servicio más horas siendo válido para el cuidado de los pacientes y el 63% precisó que se laboró bajo presión.

Giraldo y Montoya (2013) en su estudio su objetivo fue precisar la educación en el e aseguramiento de los enfermos en el centro de salud, asociado a lo que perciben los trabajadores asistenciales y administrativos. La investigación fue transaccional, considerando la población del personal con 573 profesionales y mediante encuestas el resultado que se halló fue similar respecto al apoyo administrativo. En relación a la seguridad de los pacientes (72% los dos) que aprende organizacionalmente (72% AHRQ, 73% HSI), y realimentar y comunicarse según fallas (64% AHRQ, 61% HSI) y diversidades respecto al factor humano adecuado asegurando al paciente con (22% de AHRQ respecto a HSI), lo que se percibe es integro sobre seguridad resulta (14 % es AHRQ en HSI), y aspectos administrativos promoviendo seguridad de pacientes (el 12 % más de AHRQ respecto a HSI). Hubo debilidad y fortaleza planteando sugerencias para mejorar los aspectos de la entidad. Se concluye que al analizar detalles informativos se tuvo que la cultura de seguridad tiene que ver con los cambios de lo que se piensa y realiza, siendo preciso mejorar las prácticas del personal del sector salud, en relación a jerarquizaciones, respuestas punitivas a fallas, comunicación, el vínculo en el sector laboral, el proceso al cambiar de turno, liderazgo y compromisos con directivos, permitiendo una mejor situación de reportes de evento contrario y entendiendo que implica responsabilidad.

Respecto a antecedentes nacionales tenemos a: Alvarado (2014) tal que en su estudio su objetivo fue analizar detalles referidos al ámbito organizacional de cultura en la seguridad de pacientes respecto a lugar en labores, tal que hagan posible el desarrollo relevante de la calidad en las atenciones que se brinda a los pacientes. La muestra fue de 234 médicos y enfermeros. Se concluyó: que halló correlación valorativa, habiendo vínculo directo entre las variables. También se precisó la variación relevante con la comunicación, ambiente y situación de labores, dirección y cambio. Con la medición de la fiabilidad se tiene 0.65 y 0.84 y en total fue de 0.94. Respecto a la validez es el 64.36% de la varianza total. Según la medida adecuada del muestreo de Kaiser- Meyer - Olkin logró un 0.93 siendo adecuado, tal que se concluye: que hay correlaciones valorativas con los totales de

las variables y la evaluación de correlación referido al ámbito organizacional y dimensión de la cultura de seguridad en los pacientes.

Cosavalente (2014) en el estudio su propósito describir y analizar el asegurar a los usuarios convalecientes hospitalizados a nivel de las cirugías. Considero una investigación cualitativa con estudio de casos, conformando la muestra 7 enfermeros, teniendo la información de los enfermos que estuvieron en el hospital internados, ya que se realizó las entrevistas con consentimiento informado.

Carpio y Pesantes (2013) en su estudio su objetivo fue precisar que el conocimiento respecto al bienestar de pacientes en parte del personal del centro de salud. El estudio es cuantitativo, descriptivo, cuya muestra es 88 trabajadores, que fueron encuestados. La fiabilidad se midió evaluando la consistencia interna mediante el estadígrafo resultando favorable. Según los resultados el conocimiento resulto bueno, en tanto el 7.39% preciso que es regular y el 11.17% consideró deficiente, en tanto la mayoría de enfermeras encuestadas se localizan dentro del rango de evaluación.

En relación al marco teórico tenemos las definiciones sobre seguridad de pacientes, destacando Alvarado (2014) quien precisó resulta la cultura de seguridad tal que entidades, práctica, equipo y persona presentan conciencia permanente y activa de lo posible en fallar. En tal sentido las personas y organización reconocen las fallas, aprender de dichas fallas, y toman acciones correctivas. Considerarse abierto y justo tiene que ver con dar información a los de los pacientes de manera libre con el grupo de familiares dando un tratamiento adecuado a los trabajadores en caso de situaciones que se presenten. Es relevante para el paciente, así como para los responsables del cuidado. El enfoque del sistema de seguridad valida lo que se genera con los pacientes no necesariamente se vincula a lo que realizan los trabajadores responsables de su cuidado. En este caso se asocia con el sector de personal que labora. Se hace cargo del estudio de la falla del sistema, tal que apoya a las entidades a saber de lecciones minimizando las posibilidades de recurrir al caso (pp. 51-52).

También, Fernández (2016) preciso sobre la seguridad hace posible que del personal el proceso y tecnología fallará en cierto instante. No se tiene casos sin fallas, sin embargo, es preciso realizarán el esfuerzo en la prevención de tal manera que no afecte al paciente. Las diversas estrategias usadas en reducir fallas en la

labor asistencial sanitaria asumen que se dan, por fallas del sistema más que incompetencia del personal (p. 75).

El paradigma de seguridad de pacientes, de acuerdo al modelo de queso suizo de James (2000), preciso que los sanitarios tienen enfermedad que les hace errar; siendo situación humana, incurable y que no se puede evitar. Con el modelo se clasifican errores de: fallos activos y condicionamiento latente. Se considera fallo activo al producir diversas etapas de los procesos asistenciales, aparece en cierto tiempo corto y no se puede predecir. En tal sentido, la condición latente se da en el tiempo en las entidades sanitarias, afectando los procesos asistenciales en el tiempo y puede ser predecible. Las condiciones latentes son precisar para proliferar accidentes en organizaciones sanitarias al conjugarse un par de elementos clave: falla del ser humano y el azar. Según modelo de Reason plantea, a pesar de tener barreras las entidades sanitarias evitando se den accidentes ocasionalmente el azar puede alinearse a fallas activas en situaciones latentes permitiendo surjan accidentes (pp.85-86).

Según modelo de queso dado por Reason (2000) hizo posible saber de los accidentes y orientar entidades a orientar esfuerzos, lo que integralmente se conoce como seguridad, dada por: a) conocimiento del personal de la taxonomía aseguramiento de los pacientes; b) tener situación no punitiva con fines de aprender y prevenirlos; c) implantar el recomendar a entidades de prestigio para prevenir casos desfavorables; y, d) poner en práctica herramientas metodológicas, como son AMFE y con fines de analizar casos centinela con el ACR (pp. 74-75).

Se reconoce como nuevo paradigma, produciendo avance de seguridad de los pacientes integrando aspectos claves que son aspectos básicos. Según Hernández, Flores, López y Ponce (2010), considera participación de pacientes (p. 55) y según Castolo, López e Islas (2010), formarse en seguridad (p. 55). Al respecto, detectar los eventos adversos no es exclusiva del profesional sanitario, estando a cargo de los profesionales en formación y los pacientes. Cualesquiera pueden poner en conocimiento de la entidad. En tal caso la entidad no sólo firma profesionales sanitarios, sino que desarrollan estrategias garantizan la formación de pregrado, incorporando al paciente.

Por su parte Mora (2014) manifestó no estar conforme al tener indicador de

seguridad en la entidad, tal que es preciso incorporar cuadro de mando respecto a indicadores, que impacten en la gestión en calidad (p. 44).

Marco conceptual Informe del plan de calidad para el sistema nacional de salud

Se considera 6 áreas al actuar se da con 12 estrategias, 41 objetivos y 189 proyectos vigentes.

Al respecto tenemos:

- a. Protege, promueve salud y prevención.
- b. Fomenta igualdad -Impulsa política de salud con buenas prácticas.
- c. Apoya al planificar el factor humano en salud.
- d. Fomenta excelencia clínica.
- e. Utiliza tecnologías al informar mejorar atención de personas.

Fomento de la excelencia clínica

Acreditar y auditar centros y servicios sanitarios

Balance 2006-2008 a nivel de mejorar la calidad de SNS y competencia en MSPS, considerando primordiales procesos en la acreditación y auditando centros y servicio sanitario al cumplir la función docente en formación para el sector salud, acreditando Centros, Servicios y Unidades referidas al SNS (CSUR) de acuerdo al Decreto 1302/2006.

Labores consideradas 2009-2010 Se considera seguir mediante al desarrollarse, mejorando procesos al evaluar, auditoría y acreditar entidades y unidad, docente y referido del SNS.

Acreditar y auditar centros y servicios sanitarios

- Informe sobre estándar y recomendación para la calidad y seguro en 5 unidades y servicio sanitario.
- Auditoria con fines de acreditación en centros, servicio y unidad al referir el SNS.
- Planes de auditoría docente según CCAA.

Mejorar la seguridad de los pacientes en los centros sanitarios del sistema nacional de salud

La **seguridad del paciente (SP)** incluye Plan de Calidad en el SNS, siendo estrategia prioritaria del MSPS del año 2005.

Balance 2006-2008

Mejora la seguridad del profesional y paciente en el aspecto asistencial es relevante al variar el comportamiento de la entidad, se desarrollan programas formativos, incluyendo más de 5000 profesionales al colaborar con entidades universitarias, mejorando la prevención, identificando y minimizando situaciones adversas vinculadas a la asistencia sanitaria.

Mejorar la seguridad de pacientes

- Mejorar el aspecto informativo
- Elaborar la alternativa de cambio en norma
- Diseñar y pilotar las notificaciones
- Identificar y validar diversos indicadores
- Impulsar proyectos posibilitando se evalúen prácticas firmes en SNS, en diversos niveles.
- Mejorar el conocimiento de casos adversos en entidades sanitarias.
- Consolidar el participar de diversos ciudadanos a nivel de estrategia de seguridad de los pacientes.

Principios de una cultura de seguridad del paciente

Según Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (2004) consideró 3 aspectos:

- a. Promueve estar consciente y en vigilancia identificando fallas y casos.
- b. Orientación sistemática de seguridad: conociendo motivos de seguridad del paciente no estando sencillo asociado a aspectos específicos de personas asociadas.
- c. Casos de incidentes se relacionan con las labores del personal trabajador.

Dimensiones:

Se consideran:

- Frecuencia de caos que se notifican sobre seguridad: Aquí se hace un registro de los incidentes.
- Tener incidencia en la. seguridad del paciente: Se brinda seguridad a los pacientes.
- Expectativa y acción de la dirección: Asociado con el servicio que se brinda.
- Aprender y mejoramiento continuo referente a la seguridad de los pacientes: Tiene que ver con permanente mejoramiento.
- Labor en equipos respecto a la seguridad de los pacientes: Se asocia a las adecuadas relaciones en las labores.
- Ser franco en la comunicación de seguridad de los pacientes: Tiene que ver con los informes conformes.
- Feed-back: Vinculado a revisar situaciones que generan fallas.
- Respuesta no punitiva a fallas: Tiene que ver con lo preciso que es la información.
- Asignar personal referido a la seguridad de los pacientes: Se asocia a tener trabajadores de manera suficiente en área de estudio.
- Brindar apoyo al gerente del hospital sobre seguridad de los pacientes: Respaldar el adecuado servicio.
- Trabajar en equipo: Implica colaboren los trabajadores orientado a el adecuado servicio.

Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes en los hospitales:

Artículos y dimensiones

El cuestionario referido a la seguridad del paciente en una entidad de salud está agrupado de acuerdo a dimensiones de cultura de seguridad que se busca medir. En relación a la encuesta se ubica a la izquierda de cada situación. Se dan a conocer aspectos negativamente redactados.

Doce dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.

1. Trabajo en equipo en la unidad / servicio

Tiene como definición; apoyar, respetar y solidarizarse con el personal se en casos normales y de alta demanda de tal manera que se tenga el apoyo de los

demás trabajadores.

2. Expectativas y acciones de la dirección / supervisión/ servicios para favorecer la seguridad

La expectativa y acciones de la dirección Retro informar, fluida comunicación y el interés que se da por la seguridad del paciente, permitiendo su mejora a nivel de los procesos de seguridad de los pacientes, los correctivos realizados por la dirección de mando en la entidad son relevantes, tal que se tiene un avance fundamental en los procesos.

3. Aprendizaje organizacional / mejora continua

De acuerdo a los errores, lo que se realiza para la mejora de seguridad y la evaluación, son por sobre todo en el proceso vitales para la realización adecuada que permita alcanzar un buen nivel de calidad relacionado a la seguridad del paciente.

La mejora continua busca se mejore los productos, servicios y procesos en la entidad con actitud general, configurando las bases de la estabilización de circuitos y frecuente ubicación de errores o sectores que se deben mejorar.

4. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

Se busca priorizar y generar el adecuado ámbito en seguridad y aspecto reactivo. La gerencia es la responsable de coordinar y supervisar las labores orientados al cumplimiento de los objetivos organizacionales. El personal no administrativo labora directamente y no tiene quien reporte. Las entidades bien organizadas cuentan con el gerente de primer orden, medio y nivel alto. En otras entidades es difícil identificar a los gerentes, sin embargo, deben asumir funciones de responsabilidad para lograr contar con un adecuado desempeño en la seguridad del paciente con correcciones y estímulos que permitan alcanzar los procesos.

5. Percepción de seguridad

Prioridad en la seguridad de pacientes y efectividad en el procedimiento.

Una buena atención en salud es prioritaria en el contexto mundial, regional y local, asegurando la estabilidad de los pacientes haciendo viable el sistema de salud con la calidad que implica la seguridad del paciente poniendo énfasis en darles la protección y contar con buena disposición del personal de salud que los atiende.

6. Franqueza en la comunicación

Informe de gerencia respecto a fallas dadas, para lograr variaciones necesarias en la mejora de los procesos, cambios realizados y manera de prevenir en comunicación con el órgano jerárquico (jefe de servicio) para lograr una adecuada seguridad en paciente.

7. Feed back y comunicación sobre los errores

Libre disposición al referirnos a los riesgos en pacientes, cuestionar lo que deciden y hacer preguntas respecto a lo que no está conforme. Una vez recibido e interpretado el mensaje, se realiza y un cambio en el operador de la seguridad del paciente. El hacer un reporte o reconocimiento por la tarea que realiza. Valorar el trabajo es una acción importante para afianzar las relaciones, hacer sentir cómodo y seguro al otro, y ayudarlo a definir con claridad sus habilidades, reforzando las facetas que requieren mayor aprendizaje mejorando la seguridad de los pacientes.

8. Frecuencia de eventos notificados

Reportar error con opción de daño al paciente. Esta vigilancia resulta una herramienta con alto potencial identificando eventos para los sistemas de vigilancia regulares, debiendo fortalecerse, al usar sus resultados mejorando toma de decisiones.

9. Trabajo en equipo entre unidades / servicios

Son aspectos de trabajo en el campo psicológico influyente en el personal positivamente permitiendo la unidad. Genera buenos logros, dado que causa entusiasmo y causa satisfacción en labores recomendadas, fomentando en el personal un ámbito armónico y hay logros importantes.

En equipos de trabajo, se hacen reglas, que respetan los integrantes. Se asocia a el aspecto del comportamiento de los que integran. Esta proporciona a la persona la base de suponer el comportamiento de otros y tener respuestas apropiadas. Con el agregado de procedimientos empleados por los demás. La función dela normativa del equipo se da como unidad organizada, considerando también funciones de cada integrante.

10. Dotación de personal

Es crucial la planificación de recursos humanos válidos para operar el refugio y proporciona frecuentemente servicios directos a mujeres. La necesidad personal

cambia dependiendo del tamaño del refugio, recursos financieros y los servicios ofrecidos. La cantidad necesaria para la planificación del cuidado de pacientes, tiene que ver con seguridad de los pacientes.

Para prestar servicio de refugio eficaces es preciso un equipo de personal con variedad de funciones y responsabilidades válidas para que el enfermero actúe en la seguridad del paciente.

11. Problemas en los cambios de turno y transiciones

Hay pérdida de información e inconvenientes en el cambio y transición. La comunicación fue un aspecto vital en el cuidado de enfermería, en especial cuando pasa el tiempo y hay avance de la ciencia y tecnología con enfoques modernos dando información de calidad. En los cambios de turno es relevante el cuidado y el aseguramiento de la integridad del paciente, con un informe actualizado, de tal manera que se tenga un seguimiento importante cuando ingresa en su turno correspondiente el profesional de la salud, de esta manera se encuentran errores a nivel de los procedimientos cuando se tiene mejor control de los pacientes.

12. Respuesta no punitiva a errores

Lo punitivo tiene discrepancias a nivel de la cultura de seguridad, y si no se elimina es posible se mantenga activa en la organización. Es preciso se planifique y ejecute intervenciones precisas, con fines de lograr reemplazo de la cultura punitiva por la de seguridad, para que no prevalezca lo punitivo, lo cual daña el objetivo que es la integridad del paciente.

III. MÉTODOLÓGÍA

3.1 Tipo y diseño de estudio

Se considera descriptivo comparado. Hernández, Fernández y Baptista (2014), el estudio resulta descriptivo en la medida que se describen las evidencias de las variables con sus respectivas dimensiones y también se considera comparada ya que se mediante ello se pretende establecer de manera clara y evidente las diferencias que se tiene respecto a la seguridad del paciente que se dan en las dos áreas de estudio en centro de salud que en este caso se hizo el estudio.

El enfoque en el estudio se considera cuantitativa, ya que los resultados logrados son valores logrados respecto a la seguridad de pacientes en su momento fueron hospitalizados. Por los detalles característicos del estudio se considera el diseño descriptivo correlacional, en la medida que se describen los aspectos relevantes de la variable y se busca la relación comparada tal como precisa el su texto Hernández, *et al.* (2014).

Respecto al diseño se considera no experimental, en la media que no hay alteración de los detalles de las variables de acuerdo a la población en estudio siendo representado de la forma como se presentan. Así mismo se considera transversal, ya que la información obtenida se da en un momento preciso.

3.2 Variables, operacionalización

Seguridad del paciente

Alvarado (2014) en relación a la cultura de seguridad considera que en las entidades de salud se tiene conocimiento preciso de las situaciones que se presentan que les hace actuar con precaución. En este caso son susceptibles de identificar fallas con fines de actuar y rectificar. En este caso se actúa con justicia al tener el reporte de cada paciente y de manera libre tienen tratamiento adecuado de acuerdo al incidente o caso presentado. Esto es relevante para asegurar que el tratante tenga un buen trato de los que brindan el cuidado respectivo. El sistema de seguridad identifica los causales de incidentes de aseguramiento de los pacientes. (Anexo 1)

3.3 Población, muestra y muestreo

Se considera descriptivo comparado. Hernández, Fernández y Baptista (2014), el estudio resulta descriptivo en la medida que se describen las evidencias

de las variables con sus respectivas dimensiones y también se considera comparada ya que se mediante ello se pretende establecer de manera clara y evidente las diferencias que se tiene respecto a la seguridad del paciente que se dan en las dos áreas de estudio en centro de salud que en este caso se hizo el estudio.

Población

Al respecto Hernández, et al (2014), precisaron que es un grupo de elementos concordantes que tienen detalles comunes para ser medidos (p. 36).

Conforman la población 64 enfermeras del Instituto Nacional de Salud del Niño, con sede en San Borja.

Tabla 1. Población del personal de enfermería del Instituto Nacional de Salud del Niño

Enfermeras del Instituto Nacional de Salud del Niño	No
Hospitalización Neurocirugía	26
UCI Neurocirugía	38
Total Enfermeras	64

Nota: tabla 2., delimitación de la población.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

Las enfermeras y enfermeros, que prestan servicio en la entidad en estudio, las cuales están dispuestas a participar en el estudio.

Muestra

En este caso Hernández, et al. (2014) puntualizaron que son una parte de toda la población, de tal manera que la cantidad elegida en este caso debe ser representativa (p. 173).

En este caso se consideró censal asumiendo toda la población confirmado por 26 enfermeras de Hospitalización Neurocirugía y 38 enfermeras de UCI Neurocirugía de la entidad en estudio.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos y confiabilidad

Al respecto aplicaron encuestas, considerando para tal fin el instrumento que fue el cuestionario, aplicado a los que intervienen en el estudio.

Se considera el cuestionario con el fin de lograr contar con información para su análisis respectivo (Hernández et al., 2014).

Cuestionario de Seguridad del paciente

En este caso se obtiene la información que es válida para su análisis respectivo mediante el uso de escala correspondiente.

Tabla 2. Frecuencias relativas a cada categoría

Negativo		Neutral	Positivo	
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
Nunca	Raramente	A veces	Casi siempre	Siempre

Según ello se obtienen las frecuencias relativas, de las dimensiones que se toman en cuenta en el estudio para los dos grupos elegidos de las áreas en estudio.

Validación y confiabilidad del instrumento

Hernández, et al. (2014), precisaron sobre validez se asocia al grado con el cual se mide una variable (p.201).

La validación de contenido, se efectuó con el juicio de expertos en el tema tratado, siendo 3 docentes que están dentro del sector de la salud.

Confiabilidad del instrumento

Al respecto Hernández, et al. (2014), considera que al medir la confiabilidad se espera resultados que son coherentes y le dan consistencia al estudio (p. 200).

Mediante el Alfa de Cronbach, a 30 participantes, a través del SPSS versión 22.0, se hizo el cálculo.

Tabla 3. Interpretación del coeficiente de confiabilidad

Rangos	Magnitud
0,81 a 1,00	Muy Alta
0,61 a 0,80	Moderada
0,41 a 0,60	Baja
0,01 a 0,20	Muy baja

Fuente: Ruíz (2007).

Según la tabla, hace posible el análisis de resultados con el Alfa de Cronbach para cada variable.

Resultados de fiabilidad de seguridad del paciente

Tabla 4. Resumen de procesamiento de casos

Casos	Válido	64	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	64	100,0

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

Fuente: SPSS versión 22

Tabla 5. Estadística de Fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,809	4
	2

Del resultado se observa deduce que el nivel de fiabilidad es alto lo cual garantiza que los ítems son idóneos en el estudio.

Procedimiento de recolección de datos

Consiste en tener datos del sujeto en estudio, otorgado por los participantes los cuales responden de manera veraz el cuestionario aplicado

Al respecto, existe el cuestionario ya que hace posible la obtención de los

datos (Hernández et al., 2014)

El instrumento utilizado fue un cuestionario. La encuesta se aplicó para recolectar datos a personas que integran el sector de enfermería.

3.5 Procedimiento

Mediante un documento se solicitó acceso a la entidad, presentando formalmente a la entidad. Se coordinó previamente al aplicar encuestas. Se sensibilizó previamente a personas de neurocirugía para la aplicación de las encuestas, generando interés de los participantes ya que mediante el estudio se aportó evidencias del área en estudio.

3.6 Métodos de análisis de datos

Los resultados consolidados fueron procesados con el software respectivo previamente estableciendo el análisis descriptivo con lo cual se procedieron a interpretar las tablas de frecuencias correspondientes, lo que nos arroja como resultado los valores comparativos de las dimensiones en estudio en las dos áreas de estudio, haciendo posible las comparaciones respectivas

Luego en el análisis inferencial con el mismo software se hizo el estudio que nos permitió lograr validar las hipótesis respectivas utilizando para este fin el estadígrafo Chi cuadrado cuyo nivel de confianza fue de 95%.

3.7 Aspectos éticos

Angulo, Yolanda (2008), precisaron que es relevante tomar en cuenta en un estudio la ética. Análogamente se puede precisar la ética siendo reflexiva y se sistematiza el aspecto moral (p.18).

El estudio tiene autorización de la entidad. En el estudio donde se aplica el cuestionario, no hay riesgo de personas ya que se hizo con criterios bioéticos, de autogestión, apoyo, honestidad, aplicada a las ciencias biológicas, agregando estudio epidemiológico y salud. El estudio está relacionado con la seguridad del paciente tal que los logros resultaron adecuados en la población objetivo, previniendo riesgos a los que se exponen de tal manera que se actúe con ética y moral en bien de los pacientes.

IV RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos de la variable seguridad del paciente

Tabla 6. Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
PERCEPCION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE * Servicio en el que labora la Enfermera	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%
FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE * Servicio en el que labora la Enfermera	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%
EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE * Servicio en el que labora la Enfermera	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%
APRENDIZAJE Y MEJORA CONTINUA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE * Servicio en el que labora la Enfermera	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%
TRABAJO EN EQUIPO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE * Servicio en el que labora la Enfermera	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%
FRANQUEZA EN LA COMUNICACION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE * Servicio en el que labora la Enfermera	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%
FEED-BACK Y COMUNICACION SOBRE ERRORES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE * Servicio en el que labora la Enfermera	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%
RESPUESTAS NO PUNITIVAS A LOS ERRORES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE * Servicio en el que labora la Enfermera	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%
DOTACION DEL PERSONAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE * Servicio en el que labora la Enfermera	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%
APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE * Servicio en el que labora la Enfermera	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%
TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE * Servicio en el que labora la Enfermera	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%
SEGURIDAD DEL PACIENTE * Servicio en el que labora la Enfermera	64	100,0%	0	0,0%	64	100,0%

Nota: tabla 6., procesamiento de los indicadores.

En la tabla 6 se muestra el resumen del procesamiento estadístico de los indicadores comprobando que todos los datos son válidos no habiendo por tanto datos perdidos.

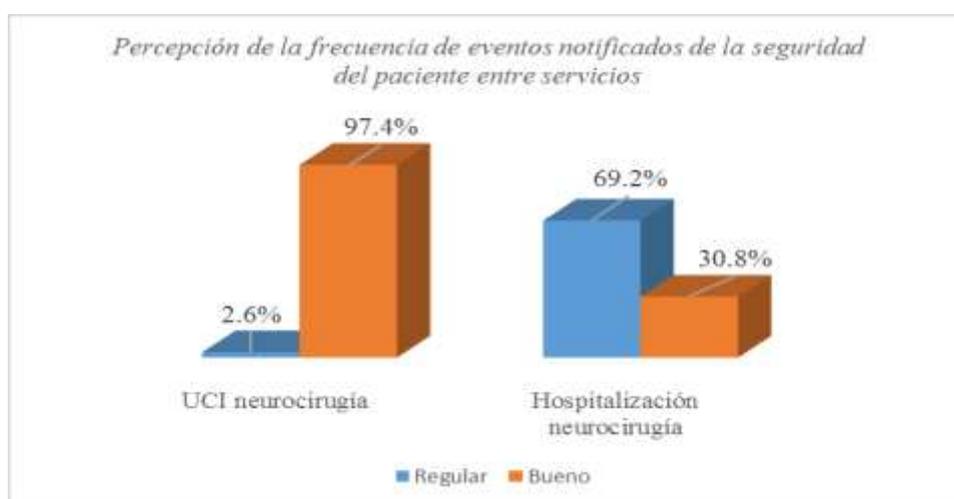
Tabla descriptiva de la dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados de seguridad del paciente.

Tabla 7. Tabla cruzada de frecuencia de eventos notificados de la seguridad del paciente

			Servicio en el que labora la Enfermera		Total
			UCI neurocirugía	Hospitalización neurocirugía	
FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Regular	Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	1 2,6%	18 69,2%	19 29,7%
	Bueno	Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	37 97,4%	8 30,8%	45 70,3%
Total		Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	38 100,0%	26 100,0%	64 100,0%

Nota: tabla 7., descripción de la dimensión 1.

Figura 1. Frecuencia de eventos notificados de la seguridad del paciente



Nota: figura 1., descripción de la dimensión 1.

De los resultados logrados se tiene que en UCI el 97,4% precisa que es buena

y en Hospitalización neurocirugía el 69,2% precisa ser regular.

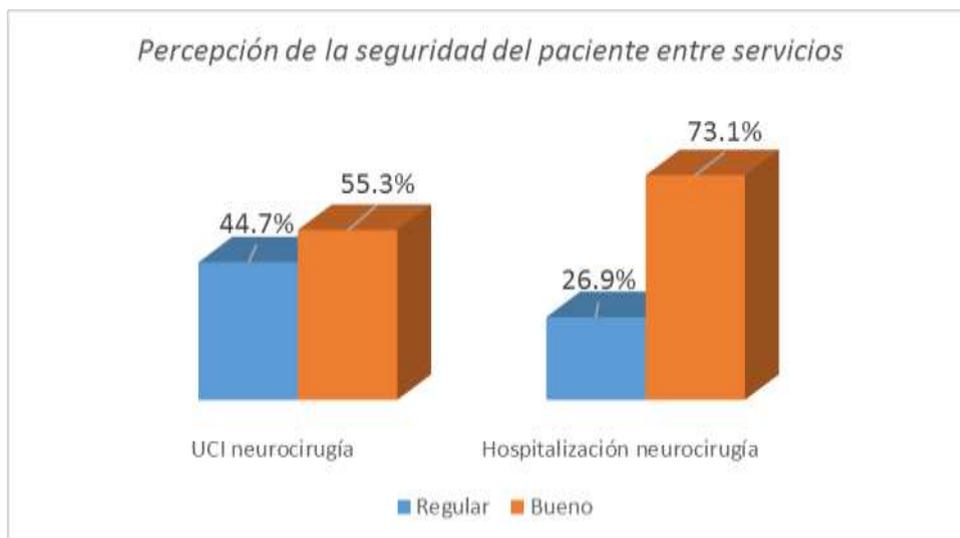
Tabla descriptiva de la dimensión 2: Percepción de la seguridad del paciente.

Tabla 8. Tabla cruzada de percepción de la seguridad del paciente

		Servicio en el que labora la Enfermera		
		UCI neurocirugía	Hospitalización neurocirugía	Total
PERCEPCION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Regular	17	7	24
	% dentro de Servicio en el que labora la enfermera	44,7%	26,9%	37,5%
	Bueno	21	19	40
	% dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	55,3%	73,1%	62,5%
Total	Recuento	38	26	64
	% dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: tabla 8., descripción de la dimensión 2.

Figura 2. Percepción de la seguridad del paciente



Nota: figura 2., descripción de la dimensión 2.

De los resultados según UCI neurocirugía resultó buena con 55,3% y en Hospitalización neurocirugía resultó buena con 73,1%, siendo más valorativo este logro alcanzado.

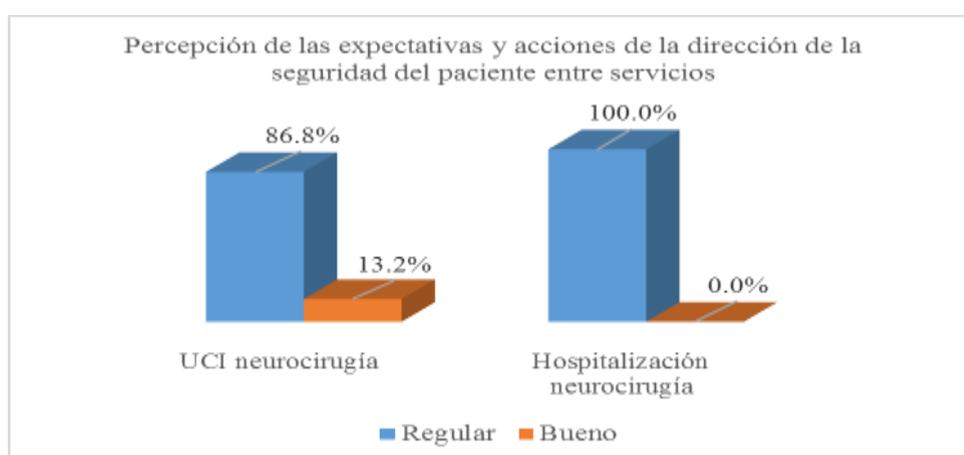
Tabla descriptiva de la dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección sobre la seguridad del paciente

Tabla 9. Tabla cruzada de Expectativas y acciones de la dirección sobre la seguridad del paciente

			Servicio en el que labora la Enfermera		Total
			UCI neurocirugía	Hospitalización neurocirugía	
EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCION DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Regular	Recuento	33	26	59
	-	% dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	86,8%	100,0%	92,2%
Total	Bueno	Recuento	5	0	5
	-	% dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	13,2%	0,0%	7,8%
Total			Recuento	26	64
			% dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	100,0%	100,0%

Nota: tabla 9., descripción de la dimensión 3.

Figura 3. Expectativas y acciones de la dirección sobre la seguridad del paciente



Nota: figura 3., descripción de la dimensión 3

Del resultado logrado en UCI neurocirugía el 86,8% preciso ser regular, tanto en Hospitalización neurocirugía el 100% es regular.

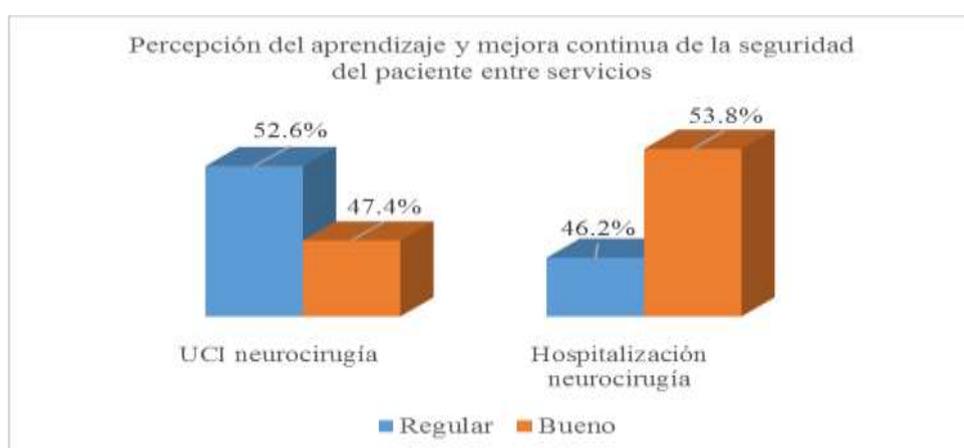
Tabla descriptiva de la dimensión 4: Aprendizaje y mejora continua de seguridad del paciente.

Tabla 10. Tabla cruzada de Aprendizaje y mejora continua de seguridad del paciente

			Servicio en el que labora la Enfermera		
			UCI neurocirugía	Hospitalización neurocirugía	Total
APRENDIZAJE Y MEJORA CONTINUA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Regular	Recuento	20	12	32
		% dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	52,6%	46,2%	50,0%
Total	Bueno	Recuento	18	14	32
		% dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	47,4%	53,8%	50,0%
Total			38	26	64
			100,0%	100,0%	100,0%

Nota: tabla 10., descripción de la dimensión 4.

Figura 4. Aprendizaje y mejora continua de seguridad del paciente



Nota: figura 4., descripción de la dimensión 4.

Al respecto en UCI neurocirugía se tuvo que 52,6% considero regular y en Hospitalización neurocirugía fue buena el 53,8% manifestó siendo buena.

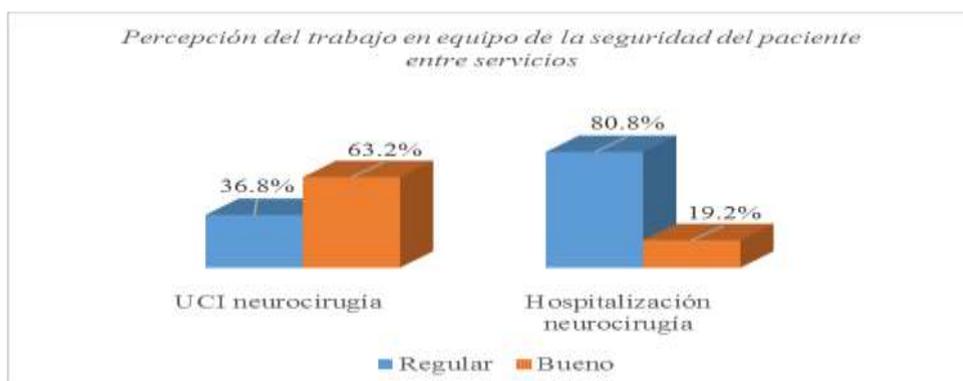
Tabla descriptiva de la dimensión 5: Trabajo en equipo de la seguridad del paciente

Tabla 11. Tabla cruzada del Trabajo en equipo de la seguridad del paciente

			Servicio en el que labora la Enfermera		Total
			UCI neurocirugía	Hospitalización neurocirugía	
TRABAJO EN EQUIPO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Regular	Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	14 36,8%	21 80,8%	35 54,7%
	Bueno	Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	24 63,2%	5 19,2%	29 45,3%
Total		Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	38 100,0%	26 100,0%	64 100,0%

Nota: tabla 11., descripción de la dimensión 5.

Figura 5. Trabajo en equipo de la seguridad del paciente



Nota: figura 5., descripción de la dimensión 5.

En este caso UCI neurocirugía se tuvo que el 63,2% precisó ser buena y en Hospitalización neurocirugía el 80,8% consideró regular.

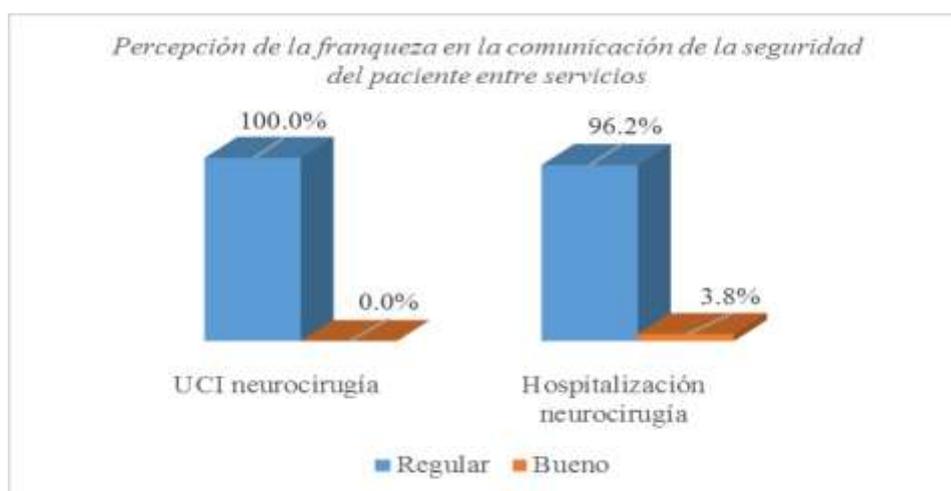
Tabla descriptiva de la dimensión 6: Franqueza en la comunicación de seguridad del paciente

Tabla 12. Tabla cruzada franqueza en la comunicación de seguridad del paciente

FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN ONDE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Regular	Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	Servicio en el que labora la Enfermera		Total
			UCI neurocirugía	Hospitalización neurocirugía	
			38 100,0%	25 96,2%	63 98,4%
	Bueno	Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	0 0,0%	1 3,8%	1 1,6%
Total		Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	38 100,0%	26 100,0%	64 100,0%

Nota: tabla 12., descripción de la dimensión 6.

Figura 6. Franqueza en la comunicación de seguridad del paciente



Nota: figura 6., descripción de la dimensión 6.

Al respecto se tiene en UCI neurocirugía el 100% consideró siendo regular y en hospitalización neurocirugía el 96,2% mencionaron ser regular.

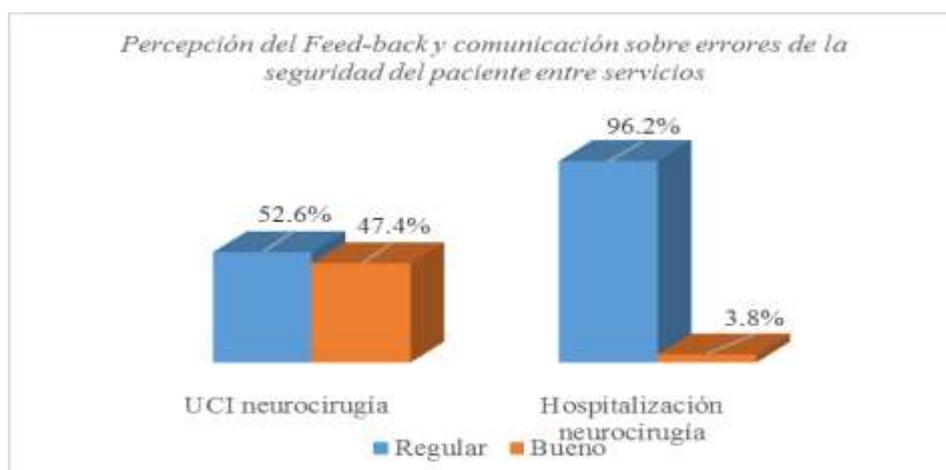
Tabla descriptiva de la dimensión 7: Feed-back y comunicación sobre errores de seguridad del paciente

Tabla 13. Tabla cruzada Feed-back y comunicación sobre errores de seguridad del paciente

			Servicio en el que labora la Enfermera		Total
			UCI neurocirugía	Hospitalización neurocirugía	
FEED-BACK Y COMUNICACION SOBRE ERRORES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Regular	Recuento	20	25	45
		% dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	52,6%	96,2%	70,3%
DEL PACIENTE	Bueno	Recuento	18	1	19
		% dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	47,4%	3,8%	29,7%
Total		Recuento	38	26	64
		% dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: tabla 13., descripción de la dimensión 7.

Figura 7. Feed-back y comunicación sobre errores de seguridad del paciente



Nota: figura 7., descripción de la variable 7.

En el caso de UCI neurocirugía el 52,6% respondió que es regular y en Hospitalización neurocirugía también un 96,2% preciso ser regular.

Tabla descriptiva de la dimensión 8: Respuestas no punitivas a los errores en la seguridad del paciente

Tabla 14. Tabla cruzada de respuestas no punitivas a los errores en la seguridad del paciente

RESPUESTA S NO PUNITIVAS A LOS ERRORES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Deficiente	Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	Servicio en el que labora la Enfermera		Total
			UCI neurocirugía	Hospitalización neurocirugía	
			3	0	3
			7,9%	0,0%	4,7%
	Regular	Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	27 71,1%	12 46,2%	39 60,9%
	Bueno	Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	8 21,1%	14 53,8%	22 34,4%
Total		Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	38 100,0%	26 100,0%	64 100,0%

Nota: tabla 14., descripción de la dimensión 8.

Figura 8. Respuestas no punitivas a los errores en la seguridad del paciente



Nota: figura 8., descripción de la dimensión 8.

Al respecto en UCI neurocirugía el 71,1% precisó ser regular y en Hospitalización neurocirugía el 53,8% manifestó ser buena.

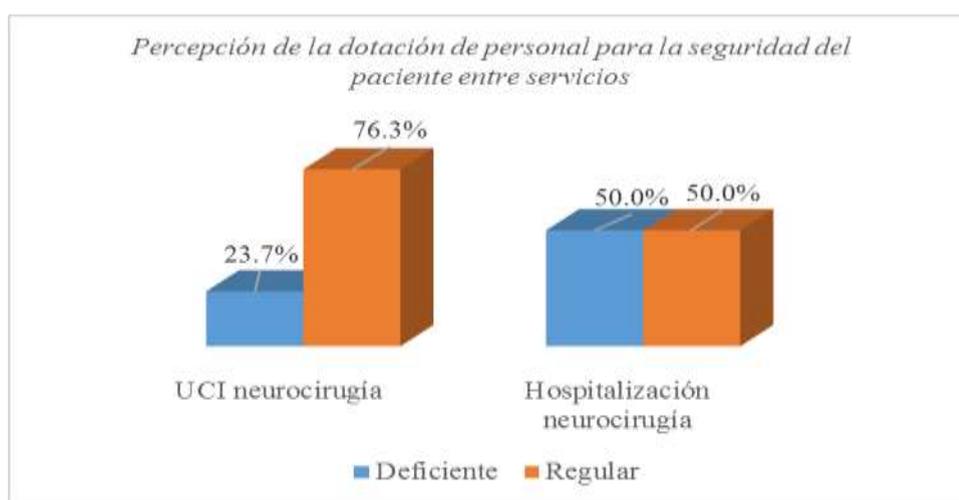
Tabla descriptiva de la dimensión 9: Dotación del personal para la seguridad del paciente

Tabla 15. Tabla cruzada de la dotación del personal para la seguridad del paciente

		Servicio en el que labora la Enfermera		Total
		UCI neurocirugía	Hospitalización neurocirugía	
DOTACION e DEL PERSONA L DE LA SEGURID AD	Deficient	Recuento 9	13	22
	% dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	23,7%	50,0%	34, 4%
DEL PACIENTE	Regular	Recuento 29	13	42
	% dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	76,3%	50,0%	65, 6%
Total	Recuento	38	26	64
	% dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	100,0%	100,0%	10 0,0 %

Nota: tabla 15., descripción de la dimensión 9.

Figura 9. Dotación del personal para la seguridad del paciente



Nota: figura 9., descripción de la dimensión 9.

Se tiene que en UCI neurocirugía el 76,3% preciso ser regular y en Hospitalización neurocirugía el 50% coincidió ser regular en menor porcentaje.

Tabla descriptiva de la dimensión 10: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

Tabla 16. Tabla cruzada del Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

		Servicio en el que labora la Enfermera		Total
		UCI neurocirugía	Hospitalización neurocirugía	
APOYO DE LA GERENCIA DEL HOSPITAL DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Deficiente	Recuento 1 2,6%	0 0,0%	1 1,6%
	Regular	Recuento 28 73,7%	24 92,3%	52 81,3%
	Bueno	Recuento 9 23,7%	2 7,7%	11 17,2%
Total		Recuento 38 100,0%	26 100,0%	64 100,0%

Nota: tabla 16., descripción de la dimensión 10.

Figura 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente



Nota: figura 10., descripción de la dimensión 10.

En este caso en UCI neurocirugía el 73,7% manifestó siendo regular y en Hospitalización neurocirugía el 92,3% precisó ser regular en mayor porcentaje.

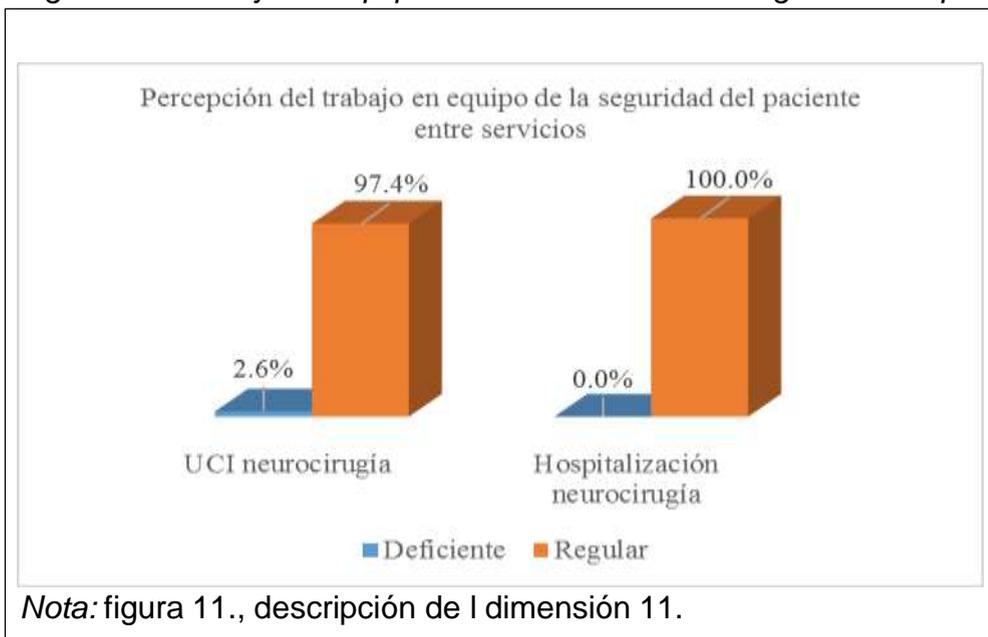
Tabla descriptiva de la dimensión 11: -Trabajo en equipo, problema en cambiode turno entre unidades de la seguridad del paciente

Tabla 17. Tabla cruzada del trabajo en equipo entre unidades de la seguridad del paciente

			Servicio en el que labora la Enfermera		Total
			UCI neurocirugía	Hospitalización neurocirugía	
TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	Deficiente	Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	1 2,6%	0 0,0%	1 1,6%
	Regular	Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	37 97,4%	26 100,0%	63 98,4%
Total		Recuento % dentro de Servicio en el que labora la Enfermera	38 100,0%	26 100,0%	64 100,0%

Nota: tabla 17., descriptiva de la dimensión 11.

Figura 11. Trabajo en equipo entre unidades de la seguridad del paciente



En el caso en UCI neurocirugía un 97,4% precisó ser regular y en Hospitalización neurocirugía el 100% todos indicaron resultó regular.

Tabla descriptiva de la variable 12: Seguridad del paciente

Tabla 18. Tabla cruzada de seguridad del paciente

			servicio en el que labora la Enfermera		Total
			UCI neurocirugía	Hospitalización neurocirugía	
SEGURIDAD DEL PACIENTE	Regular	Recuento	38	26	64
		% dentro de servicio en el que labora la Enfermera	100,0 %	100,0%	100,0 %
Total		Recuento	38	26	64
		% dentro de servicio en el que labora la Enfermera	100,0 %	100,0%	100,0 %

Nota: tabla 18., descripción de la dimensión 12.

Al respecto en UCI neurocirugía el 100% precisó ser regular y en Hospitalización neurocirugía también el 100% coincidió con el mismo resultado.

4.2 Contratación de hipótesis

Prueba Chi cuadrado de dimensión 1: Frecuencia de eventos notificados de seguridad del paciente

H1: Existe diferencia en la frecuencia de eventos notificados de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Ho: No existe diferencia en la frecuencia de eventos notificados de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Tabla 19. Pruebas de chi-cuadrado

	Significación Valor	Significancia df	asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,803 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad	29,690	1	,000		
Razón de verosimilitud	36,504	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	32,290	1	,000		
N de casos válidos	64				

En la tabla 19, según Chi-cuadrado se tiene que $p=0,000$ fue inferior a 0,05, por lo que se descartó la hipótesis nula, comprobando la hipótesis planteada por la investigadora.

Prueba Chi cuadrado de dimensión 2: Percepción de la seguridad del paciente.

H2: Existe diferencia en la percepción de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Ho: No Existe diferencia en la percepción de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Tabla 20. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación	Significación	Significación
			asintótica (bilateral)	exacta (bilateral)	exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,090 ^a	1	,148		
Corrección de continuidad	1,399	1	,237		
Razón de verosimilitud	2,133	1	,144		
Prueba exacta de Fisher				,192	,118
Asociación lineal por lineal	2,057	1	,151		
N de casos válidos	64				

De la tabla 20, según Chi-cuadrado resultó $p=0,148$ superior a 0,05, aceptando la hipótesis nula y por tanto se descartó la hipótesis planteada por la investigadora.

Prueba Chi cuadrado de dimensión 3: Expectativas y acciones de la dirección sobre la seguridad del paciente

H3: Existe diferencia en las expectativas y acciones de la dirección sobre la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Ho: No existe diferencia en las expectativas y acciones de la dirección sobre la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Tabla 21. Chi-cuadrado de Pearson

	Valor	df	Significación		
			asintótica (bilateral)	exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,259 ^a	1	,611		
Corrección de continuidad	,065	1	,799		
Razón de verosimilitud	,259	1	,611		
Prueba exacta de Fisher				,799	,400
Asociación lineal por lineal	,255	1	,614		
N de casos válidos	64				

De la tabla 21, según Chi-cuadrado resultó $p=0,611$ mayor que 0,05, aceptando la hipótesis nula de tal manera que se descartó la hipótesis planteada por la investigadora.

Prueba Chi cuadrado de dimensión 4: Expectativas y acciones de la dirección sobre la seguridad del paciente

H4: Existe diferencia en el aprendizaje y mejora continua de la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Ho: No Existe diferencia en el aprendizaje y mejora continua de la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Tabla 22. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación intótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,259 ^a	1	,611		
Corrección de continuidad	,065	1	,799		
Razón de similitud	,259	1	,611		
Prueba exacta de				,799	,400
Asociación lineal por	,255	1	,614		
N de casos válidos	64				

De la tabla 22, según Chi-cuadrado resultó $p=0,000$ menor que $0,05$, rechazando la hipótesis nula de tal manera que se aceptó la hipótesis que planteó la investigadora siendo relevante el resultado logrado.

Prueba Chi cuadrado de dimensión 5: Trabajo en equipo de seguridad del paciente

H5: Existe diferencia en el trabajo en equipo de la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Ho: No Existe diferencia en el trabajo en equipo de la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Tabla 23. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,021 ^a	1	,001		
Corrección de continuidad	10,314	1	,001		
Razón de verosimilitud	12,686	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	11,833	1	,001		
N de casos válidos	64				

De la tabla 23, según Chi-cuadrado resultó $p=0,001$ menor que 0,05, rechazando el planteó de la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis que planteó la investigadora.

Prueba Chi cuadrado de dimensión 6: Franqueza en la comunicación de seguridad del paciente

H6: Existe diferencia en la franqueza en la comunicación de la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Ho: No existe diferencia en la franqueza en la comunicación de la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Tabla 24. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,485 ^a	1	,223		
Corrección de continuidad	,037	1	,847		
Razón de verosimilitud	1,825	1	,177		
Prueba exacta de Fisher				,406	,406
Asociación lineal por lineal	1,462	1	,227		
N de casos válidos	64				

De la tabla 24, según Chi-cuadrado resultó $p=0,223$ mayor que 0,05, aceptando la hipótesis nula de tal manera que se rechazó la hipótesis que planteó la investigadora.

Prueba Chi cuadrado de dimensión 7: Feed-back y comunicación sobre errores de seguridad del paciente

H7: Existe diferencia en el Feed-back y comunicación sobre errores de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Ho: No Existe diferencia en el Feed-back y comunicación sobre errores de seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018..

Tabla 25. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,009 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad	12,001	1	,001		
Razón de verosimilitud	16,798	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	13,790	1	,000		
N de casos válidos	64				

De la tabla 25, según Chi-cuadrado resultó $p=0,000$ inferior a 0,05, con el que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis planteada por la investigadora.

Prueba Chi cuadrado de dimensión 8: Respuestas no punitivas a los errores en la seguridad del paciente

H8: Existe diferencia en las respuestas no punitivas a los errores en la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Ho: No Existe diferencia en las respuestas no punitivas a los errores en la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Tabla 26. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,453 ^a	2	,015
Razón de verosimilitud	9,473	2	,009
Asociación lineal por lineal	8,317	1	,004
N de casos válidos	64		

De la tabla 26, según Chi-cuadrado resultó $p=0,015$ menor $0,05$, se rechazó la hipótesis nula de tal manera que se acepta la hipótesis de la investigadora.

Prueba Chi cuadrado de dimensión 9: dotación del personal para la seguridad del paciente

H9: Existe diferencia en la dotación del personal para la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Ho: No existe diferencia en la dotación del personal para la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Tabla 27. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,739 ^a	1	,029		
Corrección de continuidad	3,644	1	,056		
Razón de verosimilitud	4,720	1	,030		
Prueba exacta de Fisher				,036	,028
Asociación lineal por lineal	4,665	1	,031		
N de casos válidos	64				

De la tabla 27, según Chi-cuadrado resultó $p=0,029$ menor que 0,05, rechazando la hipótesis nula de tal manera que se aceptó la hipótesis de la investigadora siendo relevante el resultado logrado.

Prueba Chi cuadrado de dimensión 10: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

H10: Existe diferencia en Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Ho: No existe diferencia en Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Tabla 28. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,640 ^a	2	,162
Razón de verosimilitud	4,249	2	,119
Asociación lineal por lineal	1,663	1	,197
N de casos válidos	64		

De la tabla 28, según Chi-cuadrado resultó $p=0,162$ mayor que 0,05, aceptando la hipótesis nula y por tanto se descartó la hipótesis planteada por la investigadora.

Prueba Chi cuadrado de dimensión 11: Trabajo en equipo, problemas en cambio de turno entre unidades de la seguridad del paciente

H11: Existe diferencia en el trabajo en equipo entre unidades para la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Ho: No existe diferencia en el trabajo en equipo entre unidades para la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018.

Tabla 29. Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,695 ^a	1	,404		
Corrección de continuidad	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	1,053	1	,305		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,594
Asociación lineal por lineal	,684	1	,408		
N de casos válidos	64				

De la tabla 29, según Chi-cuadrado resultó $p=0,404$ mayor que 0,05, aceptando la hipótesis nula de tal manera que se rechazó la hipótesis planteada por la investigadora.

V. DISCUSIÓN

Según Alvarado (2014) detalla que las seguridades de los pacientes están vinculados a entidades y personal conscientes de sus labores reconociendo los errores que cometen y haciendo los correctivos necesarios lo que contribuye con lograr una buena seguridad de los enfermos hospitalizados.

De la hipótesis específica 1 se precisó que hay diferencia de frecuencias en los casos notificados sobre seguridad del paciente respecto al servicio de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía tal que mediante el estadístico Chi- cuadrado se tuvo como resultado que $p=0,000$ resultó menor que 0,05 y se tuvo como frecuencias los casos de la seguridad en paciente UCI neurocirugía tal que el 97,4% mencionó que es buena y en Hospitalización neurocirugía el 69,2% precisó resultando regular..

Este resultado tiene concordancia con el estudio de Erazo, Pabón y Arroyo (2016) pues en su estudio que realizaron en relación al nivel de seguridad del paciente en relación al periodo que corresponde al 1er. trimestre del año 2016, lograron como resultados los promedios en cada caso y considerando la referencia que un 100% consideran la propicia cultura de seguridad del paciente en la entidad, comprobando que a nivel del sector asistencial la cultura de la seguridad de los pacientes tienen un porcentaje de 60.80%, tal que demuestra la existencia de inconvenientes en los componentes conformados por la seguridad de los pacientes en la entidad.

En relación a la hipótesis específica 2 comprobando que no hay diferencia respecto a la percepción de seguridad del paciente al prestar servicios en la hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía tal que con el estadístico Chi-cuadrado se obtuvo $p=0,148$ mayor que 0,05 y respecto a la percepción de la seguridad del paciente en USI neurocirugía resultó buena con 55,3% y mientras que en Hospitalización neurocirugía fue análogamente buena logrando 73,1%, tal que fue mejor en esta última área.

Hay concordancia con lo realizado por López, Puentes y Ramírez (2016) tal que efectuaron la investigación de la cultura de seguridad del paciente en una entidad de primer nivel de tal manera que obtuvieron los promedios en la sección y considerando la referencia del 100% representando la cultura de seguridad del

paciente en la entidad, en el sector asistencial tal que la cultura de seguridad de pacientes se halla en el promedio de 70.10%, lo que refleja que se tiene dificultades en aspectos vinculados al paciente.

De la hipótesis específica 3 se tuvo que no hay diferencias en expectativas y accionar de dirección respecto a la seguridad del paciente al prestar servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía tal que con Chi-cuadrado resultó $p=0,611$ mayor que 0,05 tal que la expectativa y acción de la dirección de seguridad de paciente en UCI neurocirugía fue 86,8% resultando regular tal que en la Hospitalización neurocirugía el 100% de los que fueron encuestados afirmaron que es regular.

Tiene concordancia con el estudio de Giraldo y Montoya (2013) ya que el estudio sobre la evaluación de la seguridad del paciente respecto al apoyo de administrativos en seguridad del paciente el 72% en el aprendizaje de organización 72% AHRQ, 73% HSI, y retroalimentar y comunicar respecto a errores 64% AHRQ, 61% HSI y divergencias en la postura y recursos humanos en una buena seguridad de pacientes fue 22% mayor de AHRQ respecto al HSI.

De la hipótesis específica 4, se tuvo que no hay diferencia respecto al aprender y mejora continua de la seguridad de pacientes en los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía tal que con Chi-cuadrado resultó $p=0,000$ menor que 0,05 y en relación al aprendizaje y mejora continua de seguridad del paciente en UCI neurocirugía precisaron que fue regular en 52,6% y en Hospitalización neurocirugía resultó buena en 53,8%.

Hay concordancia con Chalapú y Cuascota (201s) tal que, en su estudio sobre la percepción del personal de enfermería, en relación a la cultura de seguridad del paciente concluyeron que el personal que labora en esta unidad considera relevante la capacitación respecto a la cultura de seguridad del paciente que 94,4% consideran es preciso las capacitaciones continuas con lo que se reduce dificultades con los pacientes.

De la hipótesis específica 5, se tuvo que de la diferencia en la labor de equipo de la seguridad del paciente prestando servicios de hospitalización en Neurocirugía y UCI Neurocirugía pues con Chi-cuadrado se obtuvo que $p=0,001$ fue menor que 0,05 y sobre la labor en equipo de seguridad del paciente en UCI neurocirugía el 63,2% precisa siendo adecuada en Hospitalización neurocirugía el 80,8%

consideró fue regular.

Se concuerda con Alvarado (2014) pues en el estudio sobre el clima organizacional y cultura de seguridad de pacientes considerando habiendo correlación valorativa respecto al análisis de correlación sobre clima organizacional y cultura de seguridad de pacientes, haciendo posible la labor de equipo.

De la hipótesis específica 6, se tiene que no hay diferencia respecto a la franqueza en comunicación de la seguridad del paciente al prestar los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía tal que con Chi-cuadrado resultó $p=0,223$ mayor a 0,05 y sobre franqueza al comunicar la seguridad de pacientes en UCI neurocirugía resultó regular al 100% y en Hospitalización neurocirugía resultó regular siendo 96,2%, garantizando reportes precisos en relación a los pacientes.

Se concuerda con Turcios (2014) en su estudio sobre la percepción de la cultura de seguridad del paciente en tal que se tuvo que el 63% precisa que al informar de un incidente se reporta a la persona y no el problema. también, resulta que el 57% del personal de los trabajadores consideran que los desaciertos se deben almacenar en sus expedientes.

De la hipótesis específica 7, se comprobó hay diferencia respecto al Feedback y comunicación respecto a fallas de seguridad de pacientes al prestar servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía tal que con Chi-cuadrado se obtuvo $p=0,000$ menor a 0,05 y de Feed-back y comunicación respecto a fallas de seguridad de pacientes en UCI neurocirugía se consideró un 52,6% manifestó que es regular y en Hospitalización neurocirugía se tuvo que el 96,2% consideró resulta regular.

Se concuerda con Carpio y Pesantes (2013) en su estudio sobre el conocimiento en seguridad del paciente lograron reducir errores y aumentaron los beneficios respecto a la salud del paciente. Se concluye con un 81.44% niveles de conocimiento bueno, 7.39% resultaron regular y 11.17% fue deficiente.

De la hipótesis específica 8, hay diferencias en respuesta no punitivas a error respecto a seguridad de pacientes prestando servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía, respecto a Chi-cuadrado resultó $p=0,015$ fue menor que 0,05 y de respuesta no punitiva de error de seguridad de pacientes en UCI neurocirugía el 71,1% consideró resulta regular y en Hospitalización

neurocirugía con 53,8% resultó buena.

Hay concordancia con Turcios (2014) al estudio sobre percepción en cultura en seguridad de pacientes en trabajador del hospital militar logró como resultado que 63% al informar del incidente reporta la persona y no el problema.

De la hipótesis específica 9, se tiene que hay diferencia al dotar del personal en la seguridad del paciente en prestar servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía d, tal que según Chi-cuadrado resultó $p=0,029$ menor que 0,05 y respecto a la dotación del personal en la seguridad del paciente en UCI neurocirugía se tuvo 76,3% que precisaron resulta regular y en Hospitalización neurocirugía el 50% consideró fue regular.

Se concuerda con Chalapú y Cuascota (2014) en su estudio sobre la percepción del personal de enfermería respecto a la cultura de seguridad del paciente, el 27,3% opinó que referirse sobre las preocupaciones de seguridad es lo más importante y el 22,7% consideró que los más relevante es la actitud de líderes respecto a seguridad del paciente, permitiendo servicio del personal.

De la hipótesis específica 10, resultó que no hay diferencia al apoyar a la gerencia del hospital en seguridad del paciente prestando servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía resultó Chi-cuadrado resultando $p=0,162$ mayor 0,05 y se tiene que el respaldo de la gerencia del hospital según seguridad del paciente en UCI neurocirugía con 73,7% precisó que es regular y en Hospitalización neurocirugía fue 92,3% siendo regular.

Concordamos con Giraldo y Montoya (2013) en su estudio de la cultura de seguridad del paciente hubo similitudes con resultados comparativos respecto a apoyo de los administrativos en seguridad de pacientes (72% ambos) y las acciones de los administrativos promoviendo la seguridad del paciente (con 12 % más del AHRQ frente al HSI).

De la hipótesis específica 11, se tuvo que no hay diferencia en Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente al prestar los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía, tal que con Chi-cuadrado resultó $p=0,404$ mayor que 0,05 y en relación a la labor de equipo con unidades de seguridad de pacientes en UCI neurocirugía fue 97,4% que precisaron fue regular y en Hospitalización neurocirugía el 100% precisó fue regular.

Se concuerda con Chalapú y Cuascota (2014) en su estudio sobre la percepción del personal de enfermería, se evidenció que gran parte de los encuestados, el 50,0% mencionó que el trabajo en equipo es relevante respecto a la seguridad del paciente. El 27,3% precisó que la facilidad al hablar en las preocupaciones de seguridad es relevante y 22,7% precisa que lo más relevante es la actitud de líder sobre seguridad del paciente.

De la hipótesis específica 12, sobre la seguridad del paciente en UCI neurocirugía el 100% precisan que es regular y en Hospitalización neurocirugía el 100% precisó lo mismo, garantizando correctamente la buena salud de pacientes en el área indicada.

Hay concordancia con Cosavalente (2014) en su estudio se preocupó por la seguridad en cuidados de los hospitalizados en cirugía tal que se evalúa la percepción de pacientes en hospitalización favorable. Fernández (2016) afirmó se admite posibles fallas de personal, procesos y tecnología. También Cometto, *et al.* (2011) precisaron respecto a la seguridad del paciente son características y actitudes de entidades y personal que puntualizan situaciones vinculadas con la seguridad. También Barbosa (2008) precisó que es vital la cultura positiva de seguridad y Ammouri (2014) precisó que deben conceptualizarse el prevenir lesiones a los pacientes.

VI. CONCLUSIONES

Del estudio se concluye:

Primera:

Hay diferencia en los eventos notificados de seguridad de los pacientes en servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018 siendo $p=0,000$ menor a 0,05 y la frecuencia de evento notificado de seguridad del paciente en UCI neurocirugía en 97,4% considerando que fue buena y en Hospitalización neurocirugía fue 69,2% considerando resulta regular.

Segundo:

No hay diferencia al percibir la seguridad del paciente en la prestación del servicio de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018 tal que el valor de $p=0,148$ fue mayor que 0,05 y observando la percepción de seguridad del paciente en UCI neurocirugía resultando buena con 55,3% y en la Hospitalización neurocirugía resultó buena con 73,1%, resultando mejor que la otra área.

Tercera:

No hay diferencia en expectativa y acción de dirección respecto a seguridad de paciente al prestar servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, también se tuvo que $p=0,611$ fue mayor que 0,05 y la expectativa y acción de la seguridad de pacientes en UCI neurocirugía con 86,8% manifiesta resulta regular mientras en Hospitalización neurocirugía resultó regular con 100%.

Cuarta:

No hay diferencia del aprendizaje y mejoramiento continuo de la seguridad del paciente al prestar los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018 luego se obtuvo que $p=0,000$ fue menor que 0,05 y observando el Aprendizaje y mejora con seguridad de pacinetes en UCI neurocirugía el 52,6% manifiesto resulta es regular y en Hospitalización neurocirugía resultó según los encuestados que es buena en 53,8%.

Quinta:

Hay diferencia en la labor de equipo de seguridad del paciente prestando los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018 tal que el valor de $p=0,001$ menor que 0,05 tal que el Trabajo en equipo de seguridad del paciente en UCI neurocirugía un 63,2% siendo adecuada y en Hospitalización neurocirugía el 80,8% fue regular.

Sexta:

No hay diferencia respecto a la franqueza en la comunicación de seguridad del paciente en prestando servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018 tal que el valor de $p=0,223$ fue mayor que 0,05 y según la Franqueza en la comunicación de seguridad del paciente en UCI neurocirugía resultó regular siendo 100% y en Hospitalización neurocirugía siendo regular con 96,2%, con reporte oportuno de pacientes.

Séptima:

Hay diferencia en el Feed-back y comunicación respecto a errores de seguridad del paciente al prestar servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018 tal que el valor de $p=0,000$ resultó menor que 0,05 y según Feed-back y comunicación en fallas de seguridad del paciente en UCI neurocirugía el 52,6% tal que es regular y en Hospitalización neurocirugía también un 96,2% precisó ser regular.

Octava:

Resulta que hay diferencia en respuestas no punitivas a fallas en la seguridad del paciente prestando los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, cuya prueba estadística Chi-cuadrado es un nivel de significancia que resulta $p=0,015 < 0,05$ y respecto a las respuestas no punitivas a los errores en la seguridad del paciente en UCI neurocirugía el 71,1% considera es regular y en Hospitalización neurocirugía el 53,8% considera que es buena.

Novena:

Hay diferencia al dotar de personal con seguridad del paciente al prestar los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, tal que $p=0,029$ resultó menor que

0,05 y de la dotación del personal en la seguridad del paciente en UCI neurocirugía fue 76,3% siendo regular y en Hospitalización neurocirugía 50% resultó regular.

Décima:

Hay diferencia en Apoyo en gerencia del hospital de seguridad del paciente al prestar servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, también el valor de $p=0,162$ fue menor que 0,05 y en relación al apoyo de la gerencia del hospital de la seguridad del paciente en UCI neurocirugía se tiene que el 73,7% fue regular y en Hospitalización neurocirugía el 92,3% precisó fue regular.

Undécima:

No hay diferencia del Trabajo en equipo y problemas al cambiar el turno al prestar servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, pues resultó $p=0,404$ es menor que 0,05 y el trabajo en equipo con las unidades de la seguridad de pacientes en UCI neurocirugía un 97,4% precisa es regular y en Hospitalización neurocirugía el 100% indicó es regular.

Duodécima:

En este caso se tiene que el 100% precisó resulta regular y en Hospitalización neurocirugía el 100% indicó lo mismo, garantizando de forma adecuada la buena salud en pacientes en área precisada.

VII RECOMENDACIONES

Primera:

Respecto a frecuencia de evento notificado en seguridad del paciente prestando servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía, recomendando a la Gerencia estableciendo de forma responsable que en neurocirugía se realice el seguimiento y monitoreo del paciente.

Segundo:

De precepción la seguridad de pacientes al prestar servicios en hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía del Instituto Nacional de Salud del Niño, San Borja 2018, se recomienda es responsable en área de Neurocirugía precisando según reglamentar el servicio la garantía al atender de forma oportuna al paciente.

Tercera:

Sobre las expectativas y acciones de la dirección sobre la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI, es recomendable agilice el servicio previa capacitación ambos servicios garantizando un buen servicio a los pacientes.

Cuarta:

Respecto al aprendizaje y mejora continua de la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía, se recomienda establecer el programa en mejora continua referente al manejo de información de paciente y tome acción inmediata frente a eventualidades.

Quinta:

Sobre el trabajo en equipo sobre seguridad del paciente al prestar servicio de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía, Se recomienda se busque buen clima en la entidad y adecuado liderazgo de los responsables que involucre a los trabajadores a poner mayor esfuerzo en sus labores cotidianas.

Sexta:

De la diferencia en la franqueza en la comunicación de la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía, se recomienda contar con responsable en servicios para mejorar información garantizando la veracidad de lo dicho evitando malos entendidos para garantizar la seguridad de los pacientes.

Séptima:

Respecto al Feed-back y comunicación de los errores de seguridad del paciente al prestar servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía, se recomienda contar con reporte digital al informar de acuerdo a ello se detecta en tiempo real fallas e inmediatamente se corrige lo necesario.

Octava:

De la diferencia de respuestas no punitivas a errores en la seguridad de pacientes prestando servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía, se sugiere al personal se tenga respaldo directivo asegurando el manejo de la información según las circunstancias no involucrando la auditoría en la detección de fallas.

Novena:

Respecto a la dotación del personal asegurando el paciente al prestar los servicios de hospitalización de Neurocirugía y de UCI Neurocirugía, se recomienda la evaluación inmediata en la demanda de pacientes agregando más personal adicional para atender correcta el servicio tiene un área con alto riesgo que implica más cuidado de pacientes.

Décima:

De la diferencia en Apoyo en la gerencia del hospital en la seguridad del paciente en la prestación de servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía, es recomendable que la gerencia posea protagonismo en labores de área Neurocirugía tal que se requiere más compromiso de los trabajadores en el ejercicio de sus funciones.

Onceava:

En relación a la labor equipo, con los problemas en el cambio de turno entre unidades para la seguridad del paciente en la prestación de los servicios de hospitalización de Neurocirugía y UCI Neurocirugía, se recomienda programar reuniones de confraternidad logrando cohesionar la labor del personal con fines de lograr mejorar el servicio de los clientes.

REFERENCIAS

- Agencia Nacional Para Seguridad del Paciente (2005). *La seguridad del paciente en siete pasos*. Madrid: RUMAGRAF SA. Recuperado de https://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf
- Angulo, Y. (2008). *Ética y valores*. (3ra ed). México: Santillana S.A. Recuperado de <https://www.tabiblion.com/liber/Filosofia/Eticayvalores.pdf>
- Alvarado, C. (2014). *Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval*. (Tesis Maestría) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3678/Alvarado_gc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación*. (3ª ed). Colombia: Pearson. Recuperado de https://danilotejeda.files.wordpress.com/2013/05/mi_v_bernal_ruta.pdf
- Carpio, L. & Pesantes, J. (2013). *Nivel de conocimiento en seguridad del paciente en las enfermeras del hospital Regional Docente Las Mercedes*. Chiclayo. 2012. Universidad Señor de Sipán – Pimentel, Perú. v. 5(nº. 2), pp. 150-153. Recuperado de <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/43/42>
- Cometto, M., Gómez, P., Marcon, G., Zárate, R., De Bartoli, S. & Falconí, C. (2011). *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Recuperado de <https://www.paho.org/blogs/paltex/wpcontent/uploads/2013/06/contenido.pdf?ua=1>.
- Chalapú, A. & Cuascota, A. (2014). *Percepción del personal de enfermería del hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar en el Cantón Muisne Provincia de Esmeraldas, sobre cultura de seguridad del paciente, junio 2013 a julio 2014*". (Tesis Postgrado). Universidad Técnica del Norte, Ecuador. Recuperadode <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/3828/1/06%20ENF%20608%20TESIS.pdf>.
- Consejería de Salud (2006). *Estrategia para la seguridad del paciente*. España:

- Juntade Andalucía. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/estrategia_seguridad_paciente-1.pdf.
- Cosavalente, Y. (2014). *La seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de cirugía – Hospital EsSalud Naylamp, Chiclayo 2013*. (Tesis Pregrado). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú. Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/381/1/TL_Cosavalente_Sipion_YovithzaLiz.pdf.
- Erazo, M., Pabón, S., Chocue, F. & Arroyo, L. (2016). *Nivel de seguridad del paciente en el personal de COOEMSSANAR IPS sede Túquerres durante el primer trimestre del año 2016*. (Tesis Maestría). Universidad Católica de Manizales, Túquerres, Colombia. Recuperado de <http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/1306/Martinh%20Erazo%20Ordo%C3%B1ez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Fernández, J. (2016). *Seguridad en el trabajo*. (2da ed.). Madrid: Editorial Club Universitario.
- Giraldo, P. & Montoya, M. (2013). *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un Hospital de Antioquia Colombia*. (Tesis Maestría). Universidad CES Medellín, Colombia. Recuperado de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/2009/2/Evaluacion_Cultura_Seguridad.pdf.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta ed). México: Mc Graw Hill Education.
- James, R. (2000). *El queso suizo, modelo de incidentes de seguridad: ¿hay agujeros en la metáfora?* Via Clínica. Recuperado de http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1298298.
- López, Puentes y Ramírez (2016) en su investigación titulada “Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta” (Tesis Postgrado). Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/8779/Llagas_FRYPDF?sequence=1&isAllowed=y.
- Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2010) *Plan de Calidad para el*

Sistema Nacional de Salud. España. Recuperado de <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>.

MINSA (2014). *Sistema de gestión de calidad en salud documento técnico dirección general de salud de las personas.* Dirección de calidad en salud. Lima. Recuperado de file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/doc_SistemaGestiondeLaCalidad.pdf.

López, V., Puentes, M. & Ramírez, A. (2016). *Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el Municipio de Villeta.* (Tesis Maestría). Universidad del rosario, Cundinamarca, Colombia. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12137/Medici%C3%B3n%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20en%20un%20Hospital%20p%C3%ABlico%20de%20Primer%20Nivel%20del%20municipio%20de%20Villeta.pdf?sequence=1>.

Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2018). *Temas de Salud: Seguridad del paciente.* Recuperado de https://www.who.int/topics/patient_safety/es/.

Reason(2000) Recuperado de <http://www.istas.ccoo.es/descargas/La%20cultura%20de%20la%20prevenci%C3%B3n.pdf>

Turcios, N. (2014). *Percepción de la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores del hospital militar escuela Dr. Alejandro Dávila Bolaños.* (Tesis Maestría). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Nicaragua. Recuperado de <http://cies.edu.ni/cedoc/digitaliza/t815/doc-contenido.pdf>

Valderrama (2014). *Santiago. Pasos para elaborar proyectos de investigación científica.* (1a. ed.). Perú: Universidad Mayor de San Marcos.

ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de la variable seguridad del paciente

Variabl e	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador es	Esc ala	Íte ms	Niveles y rangos
Seguridad del paciente	Alvarado (2014) señala que, una cultura de seguridad es aquella en la que las organizaciones, prácticas, equipos y personas tienen una conciencia constante y activa del potencial de las cosas que pueden fallar. Tanto las personas como la organización son capaces de reconocer errores, aprender de ellos, y actuar para su rectificación. Ser abierto y justo significa compartir información con los pacientes y sus familias abierta y libremente, ponderado con un tratamiento justo para el personal cuando sucede un incidente. Esto es de vital importancia tanto para la seguridad del paciente como para el bienestar de todos aquellos que proporcionan su cuidado. El enfoque de los sistemas de seguridad reconoce que las causas de un incidente de seguridad del paciente no pueden ser simplemente vinculadas a las acciones	Dimensiones de la cultura de seguridad que mide el cuestionario: Las preguntas del cuestionario se agrupan en un total de 11 dimensiones, cuyo significado, respetando la terminología de la versión original, se describe en la tabla 1. El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto, según se explica más adelante. En todos los casos se indaga la percepción que sobre cada ítem y dimensión tienen los profesionales que responden. Tanto en su versión original como en la adaptada, se trata de un cuestionario autoadministrado, y los ítems y dimensiones para medir la cultura de seguridad son los mismos.	Frecuencia de eventos notificados	Errores descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	Ordinal (cinco puntuaciones, Likert)	Preg. 40 Preg. 41 Preg. 42	Deficiente (3-7) Regular (8-11) Bueno (12-15)
			Percepción de seguridad	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.		Preg. 15 Preg. 18 Preg. 10 Preg. 17	Deficiente (4-9) Regular (10-14) Bueno (15-20)
			Expectativas y acciones de la dirección	Procedimiento y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia No se producen más fallos por casualidad		Preg. 19 Preg. 20 Preg. 21 Preg. 22	Deficiente (4-9) Regular (10-14) Bueno (15-20)
			Aprendizaje organizacional mejora continua	Mi jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente Mi jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que la seguridad hace el personal Cuando aumenta la presión del trabajo, mi jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente Mi jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.		Preg. 06 Preg. 09 Preg. 15	Deficiente (3-7) Regular (8-
				Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente			Regular (8-
				Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que			

individuales del
personal sanitario
involucrado.

ocurra de
nuevo

Los cambios que hacemos para mejorarla seguridad del
paciente se evalúan para comprobar su efectividad

Trabajo en
equipo en la
Unidad de
Servicio

El personal se apoya mutuamente

Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos
como un equipo para poder terminarlo

En esta unidad nos tratamos todos con respeto

Cuando alguien está sobrecargado de trabajo,
suele encontrar ayuda en los compañeros

Preg. 01
Preg. 03
Preg. 04
Preg. 11

11)
Bue
no
(12-
15)

Defici
ente
(4-9)
Reg
ular
(10-
14)
Bue
no
(15-
20)

Frecuencia en la comunicación	<p>Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad</p> <p>El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores</p> <p>El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta</p>	Preg. 35 Preg. 37 Preg. 39	Deficiente (3-7) Regular (8- 11) Bueno (12-15)
Feed-back y comunicación sobre errores	<p>Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo</p> <p>Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad</p> <p>En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir</p>	Preg. 34 Preg. 36 Preg. 38	Deficiente (3-7) Regular (8- 11) Bueno (12-15)
Respuesta no primitiva a los errores	<p>Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error , lo utilizan en tu contra</p> <p>Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"</p> <p>Cuando se comete un error , el personal teme que eso quede en su expediente</p>	Ordinal (cinco puntuaciones, Likert) Preg. 08 Preg. 12 Preg. 16	Deficiente (3-7) Regular (8- 11) Bueno (12-15)
Dotación de personal	<p>Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo</p> <p>A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora</p> <p>En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal</p> <p>Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa</p>	Preg. 02 Preg. 05 Preg. 07 Preg. 14	Deficiente (4-9) Regular (10-14) Bueno (15-20)
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	<p>La dirección del hospital facilita un clima laboral que en la seguridad del paciente favorece la seguridad del paciente</p> <p>La dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades</p> <p>La dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente</p>	Preg. 25 Preg. 30 Preg. 31	Deficiente (3-7) Regular (8- 11) Bueno (12-15)
Trabajo en equipo y problemas de cambio de turno entre unidades			

Anexo 2:

**CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD
DE LOS PACIENTES**

**Versión española del Hospital Survey
on Patient Safety**

**Agency for Health Care Research and Quality
(AHRQ)**

Su opinión es muy importante para todos

Esta es una adaptación fruto del convenio entre la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia.



Universidad de Murcia
Grupo de Investigación en Gestión de la Calidad
Proyecto CUSEP

Agency for Healthcare Research and Quality –AHRQ– (versión original)

*Adaptación al español: Juan J. Gascón Cánovas, Pedro J. Saturno Hernández y
Grupo de Trabajo del Proyecto sobre Cultura de Seguridad del Paciente –
CUSEP– (Pedro Pérez Fernández, Inmaculada Vicente López, Arantza González
Vicente, José Martínez Mas y M^a del Mar Saura)*

Cuestionario sobre la seguridad de los pacientes

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la **seguridad del paciente** y posibles incidentes.

Contestarla, apenas, le llevará unos 15 minutos.

- Un incidente es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas/procedimientos, produzca o no daño en el paciente.
- La seguridad del paciente son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria.

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

Por favor, señale con una cruz (X) su respuesta en el recuadro correspondiente

Sección A: Su Servicio/Unidad Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo

	1 <input type="checkbox"/> Muy en desacue rdo	2 <input type="checkbox"/> desacue rdo	3 <input type="checkbox"/> Indifere nte	4 <input type="checkbox"/> De acue rdo	5 <input type="checkbox"/> Muy de acue rdo
1. El personal se apoya mutuamente.	1 <input type="checkbox"/> Muy en desacue rdo	2 <input type="checkbox"/> En desacue rdo	3 <input type="checkbox"/> Indifere nte	4 <input type="checkbox"/> De acue rdo	5 <input type="checkbox"/> Muy de acue rdo
2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	1 <input type="checkbox"/> Muy en desacue rdo	2 <input type="checkbox"/> desacue rdo	3 <input type="checkbox"/> Indifere nte	4 <input type="checkbox"/> De acue rdo	5 <input type="checkbox"/> Muy de acue rdo
3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	1 <input type="checkbox"/> Muy en desacue rdo	2 <input type="checkbox"/> desacue rdo	3 <input type="checkbox"/> Indifere nte	4 <input type="checkbox"/> De acue rdo	5 <input type="checkbox"/> Muy de acue rdo

					rdo
4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	1 Muy en	2 desacuerdo	3 Indiferente	4 De	5 Muy de

	desacuerdo			acuerdo	acuerdo
5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	1 Muy en desacuerdo	2 desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	1 Muy en desacuerdo	2 desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	1 Muy en desacuerdo	2 desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	1 Muy en desacuerdo	2 desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	1 Muy en desacuerdo	2 desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo
10. No se producen más fallos por casualidad.	1 Muy en desacuerdo	2 desacuerdo	3 Indiferente	4 De acuerdo	5 Muy de acuerdo

<p>11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.</p>	<p>1</p> <p><input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo</p>	<p>2</p> <p><input type="checkbox"/> Desacuerdo</p>	<p>3</p> <p><input type="checkbox"/> Indiferente</p>	<p>4</p> <p><input type="checkbox"/> De acuerdo</p>	<p>5</p> <p><input type="checkbox"/> Muy de acuerdo</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un“culpable”.	1 Muy en desacue rdo	2 desacuer do	3 Indiferen te	4 De acue rdo	5 Muy de acue rdo
13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente seevalúan para comprobar su efectividad.	1 Muy en desacue rdo	2 desacuer do	3 Indiferen te	4 De acue rdo	5 Muy de acue rdo
14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiadodeprisa.	1 Muy en desacue rdo	2 desacuer do	3 Indiferen te	4 De acue rdo	5 Muy de acue rdo
15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar laseguridad del paciente.	1 Muy en desacue rdo	2 desacuer do	3 Indiferen te	4 De acue rdo	5 Muy de acue rdo
16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en suexpediente.	1 Muy en desacue rdo	2 desacuer do	3 Indiferen te	4 De acue rdo	5 Muy de acue rdo
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la “seguridad delpaciente”	1 Muy en desacue rdo	2 desacuer do	3 Indiferen te	4 De acue rdo	5 Muy de acue rdo

18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para	1 Muy en <input type="checkbox"/>	2 desacuer do <input type="checkbox"/>	3 Indiferen te <input type="checkbox"/>	4 De <input type="checkbox"/>	5 Muy de <input type="checkbox"/>
-----------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	-------------------------------------------------	--------------------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>				
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

evitar errores en la asistencia.	desacuerdo			acuerdo	acuerdo
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo

Sección B: Su Hospital Indique, por favor, su grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones referidas a su Instituto:

23. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	------------------------------------------	-------------------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------

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

33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> 1 Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> 2 desacuerdo	<input type="checkbox"/> 3 Indiferente	<input type="checkbox"/> 4 De acuerdo	<input type="checkbox"/> 5 Muy de acuerdo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad Con qué frecuencia ocurren las siguientes circunstancias en su servicio/unidad de trabajo

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones sehan llevado a cabo.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	<input type="checkbox"/> 1 Nunca	<input type="checkbox"/> 2 Casi nunca	<input type="checkbox"/> 3 A veces	<input type="checkbox"/> 4 Casi siempre	<input type="checkbox"/> 5 Siempre

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 3. Data de la estadística de hospitalización

ENFERMERAS HOSPITALIZACION NEUROCIRUGIA																																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4					
ENFERMERA 1	3	2	3	4	4	4	2	4	5	5	2	4	4	4	2	4	4	4	4	3	3	4	2	3	4	1	4	2	2	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4			
ENFERMERA 2	3	2	4	4	4	4	4	4	5	5	2	4	4	4	2	4	4	4	3	3	4	2	3	4	1	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4			
ENFERMERA 3	3	2	4	4	4	4	4	4	5	5	2	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	2	3	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	3	2	3	4	4	3	4		
ENFERMERA 4	4	2	4	4	4	4	4	4	5	5	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	3	4	1	4	2	2	2	4	3	4	4	4	4	3	2	3	3	4	3	4		
ENFERMERA 5	4	2	4	4	3	3	4	4	5	5	3	4	4	4	2	4	4	3	3	3	2	4	4	1	3	4	2	2	4	3	4	2	4	4	3	2	3	3	4	3	4			
ENFERMERA 6	4	3	3	4	2	3	4	4	5	1	3	4	4	4	4	5	4	4	4	4	3	2	4	3	1	4	4	2	2	4	2	4	2	4	2	4	3	4	2	4	3	4		
ENFERMERA 7	4	2	4	4	2	3	4	4	5	3	2	2	4	4	2	5	3	4	4	3	4	3	4	4	2	4	2	3	2	4	2	4	2	4	3	3	2	3	3	3	4	4		
ENFERMERA 8	3	2	4	4	2	3	4	4	5	3	2	2	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	2	4	2	3	2	4	2	4	2	4	4	3	2	3	4	3	4	4		
ENFERMERA 9	3	3	4	4	2	3	4	4	5	3	2	4	3	3	4	4	4	4	3	3	4	2	3	4	2	3	4	3	2	4	2	4	4	3	4	4	2	3	4	3	3	4		
ENFERMERA 10	3	2	4	4	2	3	4	4	5	4	2	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	2	4	3	2	3	4	3	2	4	2	3	4	3	4	4	2	3	4	4	4	4		
ENFERMERA 11	4	2	3	4	2	3	4	4	5	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	4	4	1	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	3	4	4	4	3	
ENFERMERA 12	3	2	4	4	2	3	4	4	5	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	3	4	1	4	2	2	4	4	4	4	2	3	4	2	3	3	4	3	4	3		
ENFERMERA 13	3	2	4	3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	1	4	2	3	2	4	4	4	2	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	
ENFERMERA 14	4	2	4	4	2	3	4	4	5	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	2	4	4	1	4	2	3	2	4	2	4	2	4	2	4	4	3	2	3	4	4	4	4	
ENFERMERA 15	3	2	4	4	2	3	4	4	5	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	2	4	4	1	4	2	3	2	4	2	4	2	4	2	4	3	2	3	3	3	4	4	4
ENFERMERA 16	3	2	3	4	2	4	4	4	5	3	2	4	4	2	4	4	4	4	3	3	2	3	4	1	5	2	2	2	4	2	4	2	3	3	4	3	3	4	3	3	4	4	4	
ENFERMERA 17	3	2	3	4	2	4	4	2	5	4	4	2	3	4	2	4	4	4	4	4	3	2	3	3	1	4	2	2	2	4	2	4	2	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	

ENFERMERA 18	3	2	3	3	4	3	1	2	4	5	4	2	4	3	2	4	3	4	3	4	4	2	4	4	2	4	2	2	2	4	4	4	2	3	4	3	3	3	4	4	3	3	
ENFERMERA 19	4	2	3	3	4	3	4	2	5	4	3	2	3	4	4	4	3	3	3	3	4	2	3	4	2	4	2	3	2	4	4	4	4	3	4	4	2	3	3	3	4	3	
ENFERMERA 20	3	2	3	3	2	3	1	2	4	5	4	4	4	4	2	4	3	3	3	3	3	2	3	4	2	5	2	3	2	4	2	3	4	3	4	4	2	2	4	4	4	3	
ENFERMERA 21	4	2	3	4	2	3	2	4	4	4	4	2	3	2	2	4	4	3	3	3	3	2	4	4	1	4	2	4	2	4	2	2	4	4	3	3	2	3	4	4	4	3	
ENFERMERA 22	3	2	4	4	2	3	2	2	5	5	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3	4	4	2	4	2	2	2	4	2	2	4	3	3	3	2	3	3	4	4	3	
ENFERMERA 23	4	2	4	3	2	3	2	2	4	4	4	2	3	4	4	4	3	4	3	4	4	2	4	3	1	4	2	2	4	3	2	2	4	3	4	3	2	3	3	3	4	3	
ENFERMERA 24	3	2	3	4	2	3	2	4	5	5	4	2	4	4	4	4	3	3	3	4	3	3	4	4	1	4	2	2	2	4	2	4	2	3	3	3	2	3	4	4	4	3	
ENFERMERA 25	3	2	3	4	2	3	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	2	4	4	2	3	2	3	2	4	2	4	2	3	4	4	2	3	4	4	4	3	
ENFERMERA 26	3	3	3	4	2	3	2	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	2	4	4	2	4	2	2	2	4	2	4	2	3	4	4	3	3	4	4	4	4

Anexo 3: Data de la estadística de UCI

ENFERMERAS UCI NEUROCIRUGIA

	IT 1	IT 2	IT 3	IT 4	IT 5	IT 6	IT 7	IT 8	IT 9	IT 10	IT 11	IT 12	IT 13	IT 14	IT 15	IT 16	IT 17	IT 18	IT 19	IT 20	IT 21	IT 22	IT 23	IT 24	IT 25	IT 26	IT 27	IT 28	IT 29	IT 30	IT 31	IT 32	IT 33	IT 34	IT 35	IT 36	IT 37	IT 38	IT 39	IT 40	IT 41	IT 42		
ENFERMER A1	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	2	2	2	4	2	4	2	2	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	4	3	2	4	4	4	5	5
ENFERMER A2	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	2	2	2	4	2	4	2	2	3	4	4	3	2	4	4	3	2	4	3	3	5	5				
ENFERMER A3	4	4	3	4	2	4	2	4	3	4	3	2	4	2	4	4	4	4	2	2	2	4	2	4	2	2	2	4	4	3	2	4	3	4	2	4	3	3	5	5				
ENFERMER A4	3	4	4	4	2	4	3	4	3	4	3	2	4	4	4	4	2	4	3	4	4	2	4	4	2	4	2	2	4	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	3	3	5	5	
ENFERMER A5	3	2	4	4	2	4	3	2	4	4	4	2	4	4	2	3	2	4	3	4	4	2	4	4	2	3	2	2	3	3	4	4	2	4	4	4	2	4	3	3	5	5		
ENFERMER A6	4	2	4	4	2	4	2	2	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	3	3	2	2	3	4	4	2	3	4	4	3	4	3	3	5	5		
ENFERMER A7	4	4	4	4	2	4	2	2	4	3	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	2	2	2	2	2	3	2	4	2	3	4	3	3	4	3	3	5	5	
ENFERMER A8	4	4	3	4	4	2	2	2	4	3	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	2	2	3	3	3	2	4	2	3	4	4	3	4	3	3	4	5		
ENFERMER A9	4	4	3	4	4	2	3	2	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	3	2	2	3	4	4	2	4	4	4	3	4	4	3	4	5		
ENFERMERA 10	3	2	4	4	2	4	2	2	4	4	4	2	4	2	4	3	4	3	4	4	4	2	4	4	2	4	2	2	2	4	4	4	2	4	4	4	2	4	4	4	5	5		
ENFERMERA 11	4	2	4	4	2	4	2	2	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	4	4	2	4	2	2	2	4	2	4	2	3	4	4	2	4	4	4	5	5		
ENFERMERA 12	4	4	4	4	4	4	2	2	3	4	4	4	4	2	4	4	4	3	3	4	2	2	2	4	2	4	2	2	3	3	2	4	2	3	4	3	2	4	3	4	5	5		
ENFERMERA 13	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	2	4	2	4	4	4	3	4	2	2	2	4	2	4	2	2	2	4	4	4	2	3	4	3	3	4	3	3	4	3	5	5	
ENFERMERA 14	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	3	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	4	2	2	2	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	5	5		
ENFERMERA 15	4	4	4	3	2	4	2	2	4	4	3	2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	3	2	2	2	4	2	4	2	3	4	3	2	4	3	3	5	5		
ENFERMERA 16	3	4	4	3	2	4	2	2	4	4	3	2	4	2	2	4	2	3	4	4	2	2	4	4	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	4	4	2	4	4	3	3	5	5	
ENFERMERA 17	3	4	4	3	2	4	2	4	4	3	3	2	4	2	2	4	4	3	4	4	4	2	4	4	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	4	4	4	3	4	3	3	5	5	
ENFERMERA 18	4	2	4	4	2	4	2	2	4	4	4	2	4	2	2	4	4	3	3	4	2	2	4	4	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	4	4	2	4	4	3	3	5	5	
ENFERMERA 19	4	2	4	4	2	4	2	2	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	3	4	4	2	4	4	2	4	3	2	2	4	2	4	2	4	4	4	3	4	3	3	5	5		
ENFERMERA 20	4	2	4	4	2	4	2	2	3	4	4	4	3	4	2	4	2	4	3	4	4	2	2	4	2	4	2	3	2	4	4	4	2	4	4	3	2	4	3	3	5	5		
ENFERMERA 21	4	2	4	4	2	4	2	2	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	3	4	4	2	2	4	2	4	2	3	2	4	4	4	2	4	4	3	2	4	3	3	5	4		
ENFERMERA 22	3	4	4	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	2	2	4	4	2	4	2	2	2	4	4	4	2	3	4	3	2	4	3	3	5	4		
ENFERMERA 23	3	4	3	4	2	4	2	2	4	4	4	2	4	2	4	4	2	4	4	4	4	2	4	4	2	4	2	3	2	3	4	4	2	4	4	3	2	4	2	2	5	4		
ENFERMERA 24	4	2	3	4	2	4	2	2	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	2	3	2	3	3	3	4	4	2	4	4	4	4	3	3	5	4			
ENFERMERA 25	4	2	4	4	2	4	3	2	2	4	4	2	4	2	2	4	4	4	3	4	4	2	4	4	2	4	2	2	3	4	2	4	2	2	4	4	2	4	3	3	4	5		
ENFERMERA 26	4	2	3	4	2	2	3	2	2	3	4	2	4	2	4	4	4	4	3	4	4	2	4	4	2	4	2	2	3	4	2	4	4	4	4	4	2	4	3	3	4	5		
ENFERMERA 27	3	2	4	4	2	2	2	2	4	4	4	2	4	2	4	3	4	4	4	4	4	3	2	4	2	4	2	2	2	4	2	4	4	4	4	4	3	3	4	3	3	5	5	

ENFERMERA 28	4	4	4	4	2	2	2	2	4	4	4	4	2	3	2	2	4	4	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	3	3	2	4	3	3	5	5				
ENFERMERA 29	3	2	4	4	2	4	2	2	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	4	2	4	2	4	3	3	2	4	3	3	5	5						
ENFERMERA 30	4	2	4	4	2	2	4	4	4	3	2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	2	2	4	2	4	2	4	4	4	3	4	4	3	5	5				
ENFERMERA 31	4	2	4	4	2	2	2	4	4	4	4	2	3	4	2	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	2	4	4	4	2	4	4	4	4	5				
ENFERMERA 32	4	2	4	4	2	2	2	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	2	3	2	4	4	4	2	4	4	4	2	4	3	4	4	5				
ENFERMERA 33	4	2	4	4	2	2	2	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	3	2	3	2	4	3	2	4	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	3	4	5			
ENFERMERA 34	4	2	4	4	2	2	2	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	3	2	4	2	4	3	2	4	2	2	2	4	4	4	4	3	4	4	2	3	3	3	5	5				
ENFERMERA 35	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	3	2	4	2	4	3	2	4	2	2	2	3	4	4	2	4	4	4	2	4	4	4	2	4	3	3	5	5
ENFERMERA 36	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	3	2	3	2	4	4	2	4	2	2	2	4	4	4	2	4	4	4	2	4	3	3	5	4				
ENFERMERA 37	4	2	4	4	2	2	2	4	4	4	4	2	4	2	4	4	4	4	4	3	2	4	2	2	4	2	3	2	2	2	4	4	2	2	4	4	4	2	4	3	3	5	4				
ENFERMERA 38	4	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	4	4	3	3	4	2	2	3	2	4	2	2	2	4	4	4	2	4	4	4	2	4	3	3	4	5				