



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

**Cultura de seguridad del paciente en médicos y enfermeras de una
UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima, 2021**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud**

AUTORA:

Montero Varillas, Kati Julia (ORCID: 0000-0003-4545-1692)

ASESORA:

Dra. Campana Añasco de Mejía, Teresa de Jesús (ORCID: 0000-00019970-3117)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

LIMA – PERÚ

2022

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia por su amor y apoyo.

Agradecimiento

Agradezco a la Escuela de Post Grado de la Universidad César Vallejo, por brindarme la posibilidad de crecer profesionalmente y contribuir con el logro de mis metas.

A la Dra. Campana Añasco de Mejía, Teresa de Jesús, asesora de la investigación, por brindarme su orientación y motivación en la conducción del diseño y desarrollo de la presente tesis.

Índice de contenidos

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	15
3.1. Tipo y diseño de estudio	15
3.2. Variable y operacionalización	15
3.3. Población, muestra y muestreo	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	16
3.5. Procedimientos	18
3.6. Método de análisis de datos	18
3.7. Aspectos éticos	18
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	27
VI. CONCLUSIONES	31
VII. RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS	33
ANEXOS	

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1: Ficha técnica del instrumento: Cuestionario sobre seguridad del paciente.	17
Tabla 2: Nivel de significación de la variable cultura de seguridad del paciente.	23
Tabla 3: Nivel de significación de la dimensión resultados de la cultura de seguridad.	24
Tabla 4: Nivel de significación de la dimensión cultura de seguridad a nivel del servicio.	25
Tabla 5: Nivel de significación de la dimensión cultura de seguridad a nivel del hospital.	26

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1: Distribución porcentual de la cultura de seguridad del paciente en una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima.	20
Figura 2: Distribución porcentual de la cultura de seguridad del paciente en médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima.	21
Figura 3: Resultados de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima.	22
Figura 4: Nivel de significación de la dimensión resultados de la cultura de seguridad entre médicos y enfermeras.	24

Resumen

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo comparar la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras de una unidad de cuidados intensivos cardiopediátricos de un hospital de Lima, 2021.

La investigación es de tipo básico cuantitativo, descriptivo, correlacional, no experimental, corte transversal. La ejecución se realizó con una muestra conformada por 16 médicos y 54 enfermeras. Se aplicó un cuestionario mediante google para la variable cultura de seguridad del paciente, que contenía 42 ítems y tres dimensiones, el instrumento fue validado por juicio de 3 expertos, se realizó una prueba piloto, para comprobar la confiabilidad del cuestionario, fue sometido al estadígrafo Alfa de Cronbach con un coeficiente de fiabilidad de 0.740, determinando que era confiable.

Se utilizó para los análisis descriptivos las tablas de frecuencia y la prueba de hipótesis mediante U-Mann-Whitney, se encontró que los médicos tuvieron respuestas positivas en un 50,00%, y las enfermeras en un 42,60%, se determinó que no existe diferencia en la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras, estadísticamente con una significancia de un $p = 0.100$ mayor que 0.05, lo cual nos lleva a rechazar la hipótesis de estudio y aceptar la hipótesis nula.

Palabras clave: Cultura de seguridad, seguridad del paciente, médicos, enfermeras.

Abstract

The present research work aimed to compare the culture of patient safety among doctors and nurses in a cardio-pediatric intensive care unit of a hospital in Lima, 2021.

The research is of a basic quantitative, descriptive, correlational, non-experimental, cross-sectional type. The execution was carried out with a sample made up of 16 doctors and 54 nurses. A questionnaire was applied through google for the patient safety culture variable, which contained 42 items and three dimensions, the instrument was validated by the judgment of 3 experts, a pilot test was carried out, to verify the reliability of the questionnaire, it was submitted to the statistician Cronbach's alpha with a reliability coefficient of 0.740, determining that it was reliable.

The frequency tables and the hypothesis test using U-Mann-Whitney were used for descriptive analyzes, it was found that the doctors had positive responses in 50.00%, and the nurses in 42.60%, it was determined that There is no difference in the culture of patient safety between doctors and nurses, statistically with a significance of a $p = 0.100$ greater than 0.05, which leads us to reject the study hypothesis and accept the null hypothesis.

Keywords: Safety culture, patient safety, doctors, nurses.

I. INTRODUCCIÓN

La cultura de seguridad está relacionada con la seguridad del paciente (SP), la calidad de la atención y la ocurrencia de eventos adversos. A través de los años, los desastres, accidentes e incidentes persisten en las organizaciones, en el hogar y en todos los demás niveles de la sociedad. Esto ha llevado a una tasa de publicación en continuo crecimiento con respecto a la cultura de seguridad (Van, Reniers, & Ponnet, 2018).

Malásquez (2019) refiere que la cultura de seguridad (CS) del paciente, desde la perspectiva del personal de salud, permite tener herramientas que medirán aspectos culturales relacionados a la SP, entendiendo como seguridad del paciente, la reducción de comportamientos que exponen a los pacientes a riesgos innecesarios dentro del sistema de salud, mediante el uso de mejores prácticas que aseguren resultados óptimos.

En el contexto internacional, se comparó características de la CS en los Países Bajos, Estados Unidos, y Taiwán. Se identificaron entre las naciones similitudes y significativas diferencias en la CS, los proveedores de atención médica en Taiwán tendían a percibir niveles más bajos de comunicaciones abiertas. Además, Taiwán tuvo una menor puntuación en el proceder de los profesionales de la salud hacia la comunicación de errores comparado con los Estados Unidos. En Japón y Taiwán, los participantes del estudio informaron niveles más bajos de personal adecuado, mientras que el personal recibió una alta calificación en los Estados Unidos (Eun & Quinn, 2019).

Así mismo, las preocupaciones relacionadas con la SP se han ampliado a partir de la publicación del informe *To Err is Human*. Los datos actuales muestran que la cantidad de muertes resultantes de eventos adversos en la salud es alarmante (Silvestre, 2021). Se calcula que aproximadamente 400.000 pacientes mueren cada año debido a eventos adversos prevenibles, y entre 2 y 4 millones de los sucesos generan graves consecuencias para la salud del paciente sin provocar la muerte (Rocha, y otros, 2016).

La SP determina la calidad en la atención, la Asociación Nacional de Estadística Seguros de Salud según su informe, entre 6.421.118 pacientes

hospitalizados, la incidencia de eventos adversos en el curso del tratamiento fue del 9.2%, el 43,5% fueron accidentes evitables, la tasa de mortalidad entre los pacientes con eventos adversos fue del 7,4%, aunque esta tasa de mortalidad se puede prevenir, debido a la falta de medidas preventivas políticas e institucionales, se necesitan esfuerzos para la lograr la seguridad del paciente (Hwang & Lee, 2017).

En la esfera nacional, en los hospitales de primer nivel, el 12% tiene una visión negativa de la CS del paciente, de los cuales el 7% no reporta eventos adversos, ocasionando en algunos casos problemas durante la atención a los pacientes que recurren al hospital (Bernal, 2020). Por otro lado, la encuesta Healthacare Management Américas (HMA) aplicada durante el 2018 nos dice que la CS del paciente en el sector salud peruano continúa siendo deficiente en todos los sistemas que la integran, encontrándose muy por debajo de los resultados de HMA obtenidos en Colombia y Chile (Arrieta, y otros, 2019).

Igualmente, el Ministerio de Salud viene incorporando distintas estrategias y medidas para optimizar la SP, creando planes nacionales para fortalecer y promover la CS del paciente enfocada a la minimización de inseguridades en los centros médicos, tomando como una de sus estrategias la creación de un sistema de identificación, notificación, registro, procesamiento y análisis de eventos desfavorables (Guevara, 2018).

Los establecimientos de salud en el país del MINSA como ESSALUD; vienen realizando estrategias acerca de la SP, como la aplicación del Sistema de notificación de eventos adversos y realización de rondas de seguridad desde el año 2019, estrategias relacionadas a la CS del paciente; pero no se conoce objetivamente como es la CS en una unidad de cuidados intensivos (UCI) cardiopediátrica. Medir la CS es identificar que dimensiones e indicadores deben ser mejorados, son componentes esenciales para prevenir, reducir errores y así mejorar la calidad de atención dentro del establecimiento de salud (Florida International University, 2018). Por lo tanto, si no conocemos como es el nivel de la CS en un servicio, tendremos un mayor riesgo o predisposición a que sigan apareciendo eventos adversos, tampoco se podrán dar estrategias para mejorar ello. La SP es muy importante en una UCI cardiopediátrica; siendo este un servicio

crítico, en el que el personal de salud tiene un arduo trabajo intensivo, en el que se brindan cuidados especializados a pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas que están en una condición de salud delicada, con alto riesgo de complicación, pronóstico reservado e inclusive llegar al fallecimiento.

En tal sentido, se formula el siguiente problema general: ¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras de una unidad de cuidados intensivos cardiopediátricos de un hospital de Lima, 2021? y los siguientes problemas específicos: 1) ¿Cuál es la diferencia en los resultados de la cultura de seguridad entre médicos y enfermeras? 2) ¿Cuál es la diferencia en la cultura de seguridad a nivel del servicio entre médicos y enfermeras? 3) ¿Cuál es la diferencia en la cultura de seguridad a nivel del hospital entre médicos y enfermeras?

El estudio, se justifica de manera teórica porque aportará conocimientos acerca de cómo es la CS del paciente entre los médicos y enfermeras, ya que no existen estudios que hagan esta comparación, siendo importante conocer lo que cada profesional considera y practica dentro de esta área de cuidado al paciente, a su vez ofrece un estado del arte actualizado de la variable de estudio a partir de la búsqueda en base de datos especializados.

La justificación práctica está determinada por la contribución a solucionar problemas relacionados con la falta de un conocimiento del nivel de CS del paciente por parte de médicos y enfermeras, ya que actualmente hay deficiencias en la atención a los pacientes, pues se presenta insatisfacción por parte de ellos. Es por ello, que por medio de los resultados se podrá tomar las acciones necesarias para prevenir estos problemas, siendo esto de relevancia para la gestión de la institución de salud.

En cuanto a la justificación metodológica, el instrumento de esta investigación permitirá que los profesionales de la salud puedan emplearla en otros estudios relacionados a la cultura de seguridad, ya que fueron demostradas con validez confiabilidad, cobrando así la relevancia metodológica.

Es así que, se considera el siguiente objetivo general: Comparar la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras de una unidad de cuidados intensivos cardiopediátricos de un hospital de Lima, 2021. Por ello, se plantean los

siguientes objetivos específicos: 1) Comparar los resultados de la cultura de seguridad entre médicos y enfermeras, 2) Comparar la cultura de seguridad a nivel del servicio entre médicos y enfermeras, 3) Comparar la cultura de seguridad a nivel del hospital entre médicos y enfermeras.

Se considera para la hipótesis general: Existe diferencia en la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras de una unidad de cuidados intensivos cardiopediátricos de un hospital de Lima, 2021. Y como hipótesis específicas: 1) Existe diferencia en los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras, 2) Existe diferencia en la cultura de seguridad a nivel del servicio entre médicos y enfermeras, 3) Existe diferencia en la cultura de seguridad a nivel del hospital entre médicos y enfermeras.

II. MARCO TEÓRICO

Como Antecedentes nacionales, se presenta Núñez (2020), en su estudio sobre CS del paciente en enfermeras, concluye que el 44.31% la percibió como débil, no teniendo una cultura fuerte. Se recomendó realizar estudios que profundicen aspectos sobre este tema y la difusión de sus resultados, orientados a llevar a cabo estrategias de gestión para la aplicación de medidas de seguridad en la atención al paciente.

Segura (2020), refiere, el 52% del personal de enfermería de una clínica de Lima, indica una CS del paciente aceptable, seguidamente del 44% positiva y mientras que un 4% la describió negativa.

Arrieta et al. (2019), llevaron a cabo una investigación en hospitales de Lima y Callao, el 21% de los trabajadores de la salud refirió como buena o muy buena la SP en su hospital, este valor es semejante al obtenido en la investigación de 2016, refieren que es frustrante referirse a estos resultados porque no han habido cambios en estos dos años, lo que indica en los hospitales peruanos no ha mejorado la CS del paciente. Aunque la SP en las instituciones privadas fue mejor, en promedio sigue siendo más deficiente que en otros países de Latinoamérica.

Aguilar (2018), efectuó una investigación en un hospital de Piura, concluye que las enfermeras perciben una CS del paciente negativa, las dimensiones evaluadas como negativas fueron la frecuencia de notificación de eventos adversos con un 46,4%; seguido a la dotación de personal en 48,3% y los problemas de cambio de turno en un 47,7%; asimismo en las demás dimensiones se evidenciaron como neutras la percepción de seguridad el 57,4% y el 61,6%, en las expectativas y acciones de la dirección, solo la dimensión de trabajo en equipo en la unidad fue calificada como positiva del 75%.

Pariona (2018), halló una percepción de CS baja en un 12% en una UCI quemados de niños, seguido de un nivel medio de 82%, y solo el 6% mostró un nivel alto. En relación a las dimensiones, en resultados de CS, en su mayoría fue valorado en nivel medio con un el 66%, de la misma manera, en la dimensión de CS a nivel del servicio, el 82% en un nivel medio y a nivel del hospital, el 68%

indicaron nivel alto. Por ello, sugirieron que era necesario fomentar estrategias para mejorar los resultados y asegurar una atención de calidad.

Como Antecedentes internacionales, Camacho (2020), realizó una investigación en establecimientos de salud de Bucaramanga, donde concluye que ninguna de las dimensiones evaluadas fue categorizada como fortaleza o debilidad, se alcanzó un 45% de respuestas positivas, en cambio del 20% respuestas negativas y mientras del 35% manifestaron respuestas neutras. La mayoría de profesionales, eran médicos en un 54,9%, seguidos por enfermeros en 25,5%, odontólogos en 9,8%, fisioterapeutas en un 3,9%, fonoaudiólogo 2% y nutricionista en 2%; siendo mejor calificada por el personal de fonoaudiología, terapia ocupacional y fisioterapia.

Lima et al. (2020), hicieron una investigación referente a las dimensiones del tema en estudio en un hospital materno de Brasil, se clasificaron como áreas neutrales la mayoría de las dimensiones evaluadas, las respuestas positivas en los ítems o dimensiones fueron superior al 50% e inferior al 75%, se concluyó que la CS está en proceso de maduración, ninguna de las dimensiones alcanzó el 75.0%, porcentaje recomendado, se concluye que no hay áreas de fortaleza en esta institución. Por ello, recalca el interés de planificar estrategias para alcanzar una CS fuerte.

Mella et al. (2020), realizaron una investigación donde concluyen que las actividades que desarrollan los profesionales del Hospital Universitario San Juan de Alicante en SP es buena, con un 32,3%. Según los criterios de clasificación de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) no apareció globalmente como fortaleza ninguna de las dimensiones. Los profesionales de salud con un alto grado de CS fueron los farmacéuticos, y mientras los que tuvieron peor cultura fueron personal no sanitario.

Batista et al. (2020), ejecutaron una investigación sobre diferencias en la CS del paciente quirúrgico en un hospital de Brasil entre los profesionales de enfermería y medicina, donde los partícipes eran en un 54,3% de enfermería y mientras el 45,6% de medicina, el trabajador de salud calificó la puntuación de SP entre excelente el 65,2%; y muy buena el 54,4%. La CS fue diferente entre las dos

categorías profesionales, con valoración de respuestas más positivas por enfermería.

Alenezi et al. (2019), realizaron un estudio en un hospital de Arabia Saudita, donde concluyeron que las debilidades, es el apoyo de la dirección para la SP con un 49,2%, seguido del trabajo en equipo en toda la unidad con 44,2%, en cuanto a la frecuencia de notificación de eventos el 43,1%, asimismo la comunicación apertura del 41,3%, también la percepción general de la SP en 38,7%, acciones y expectativas del supervisor/gerente que fomentan la SP un 32,9%, mientras la dotación de personal el 23,7%, posteriormente en transferencias y transiciones hospitalarias del 19,6%. No se identificó ninguna de las dimensiones como fortalezas. Se concluyó la urgente necesidad de mejorar la CS del paciente en la institución. Además, el personal médico tenía puntuaciones más altas de CS que los asistentes de enfermería o asistencia.

Nadabi et al. (2019), efectuaron una investigación en los servicios de maternidad en Omán, donde concluyeron que las respuestas de seguridad positivas de cultura de seguridad en 10 hospitales oscilaron entre el 53% y el 66%, pero ningún hospital tuvo una respuesta objetivo superior al 75%. La satisfacción laboral tuvo la puntuación de seguridad más alta, mientras que el reconocimiento del estrés fue la más baja. La mayoría de los participantes eran enfermeras el 73,6% en comparación con médicos del 18,9%, pero no se observaron diferencias entre enfermeras y médicos. Se sugirió que se requiere un trabajo considerable para optimizar la CS.

Danielsson et al. (2019), en un estudio en hospitales de Suecia, concluyeron que las dimensiones de la CS del paciente mejor calificadas fueron "trabajo en equipo dentro de las unidades" en 73,5%, seguido a la "respuesta no punitiva al error" en un 67,2%, en cuanto a las "expectativas y acciones del supervisor /gerente que impulsa la SP" el 66,6%, también a la "comunicación apertura" el 66,3%. Por lo tanto, en las dimensiones con la calificación más baja fueron "apoyo de la gerencia para la SP" el 47,9% y "asignación de personal" el 51,9%. Se calificó de manera significativamente diferente en los puestos de personal, los gerentes tuvieron mayor puntuación que las enfermeras y médicos, encontrándose similitud entre ellos.

Camacho y Jaimes (2018), realizaron un estudio en hospitales de Bucaramanga sobre CS en enfermeros, se encontró una puntuación general positiva que alcanzó el 51,21%, por lo que no fue percibida como fortaleza ni debilidad.

La CS del paciente es un elemento clave de la calidad de la atención, en los últimos años ha sido muy importante para los pacientes y sus familiares, quienes quisieran sentirse confiados, seguros durante la visita y hospitalización, donde los profesionales de salud deben brindar atención médica segura, eficiente y eficaz. Para tener una buena cultura de seguridad es fundamental fomentar el trabajo en equipo y la existencia de una buena comunicación entre compañeros de trabajo, por ende, es trascendental cuidar las relaciones personales y profesionales en los centros de salud (Merino, 2012, pág. 1 y 12) .

La CS es definida como el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta, individuales y grupales, que determinan el compromiso, estilo y capacidad para una gestión segura y saludable de una organización (Nieva & Sorra, 2003). Estudios anteriores han demostrado que los hospitales con una CS positiva tienden a tener mejores métricas de SP, menor mortalidad, menores tasas de reingresos hospitalarios y mayor satisfacción del paciente (Braithwaite et al., 2017).

La cultura de seguridad comprende las creencias, actitudes, valores, normas y procedimientos que son compartidos de manera conjunta entre los profesionales de una organización e influyen en la forma en que se trabaja (Kuosmanen, Tiihone, Repo, Eronen, & Turunen, 2019, pág. 849). La competencia de seguridad del paciente de las enfermeras se puede definir como la capacidad de integrar actitudes, habilidades y conocimientos en las prácticas de enfermería que son relevantes para minimizar el riesgo de daño a los pacientes en sus unidades de enfermería.

Igualmente, Ruelas et al. (2007) lo definen como un conjunto de estructuras o procesos organizacionales para minimizar la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición durante la asistencia médica en los establecimientos de salud. Por ello es necesario contar con recursos humanos y materiales

suficientes para proporcionar buena atención al paciente. La SP debe incluir un conjunto de habilidades de atención por parte del personal médico donde se brinde una seguridad física en todo momento (Comento, Gémez, Marcon, Zárate, & Cassini, 2011, pág. 2).

Por ende, la SP es una parte integral de la calidad de la atención sanitaria convirtiéndose en un componente vital en la toma de decisiones de los responsables de formular las políticas, proveedores de atención médica, educadores y altos directivos, en donde las enfermeras desempeñan un papel importante como defensores de primera línea en la protección de los pacientes (Alquwez, Cruz, & Mohammed, 2018).

Para la elección de las dimensiones del estudio se toma en cuenta lo planteado por la AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality, 2004), la cual mide la CS del paciente originalmente en 12 dimensiones/indicadores, para efectos del estudio se tomó como referencia lo planteado por el Ministerio de sanidad y consumo de España, (2005) quien las agrupa en tres dimensiones: 1) Resultados de la cultura de la seguridad 2) Cultura de seguridad a nivel del servicio y 3) Cultura de seguridad a nivel del hospital, así se tiene los indicadores: a) Apertura para comunicaciones, el grado en que el personal opina libre e independientemente si ven situaciones que puedan afectar perjudicialmente a un paciente y no dubita en cuestionar al personal con mayor autoridad (Famolaro et al., 2016).

La calidad de la comunicación es importante para promover la SP por ello la comunicación debe ser eficaz, clara y precisa, orientado al objetivo de incrementar una CS del paciente, en ese sentido tener una comunicación ineficaz se considera una de las elementales razones de incidentes adversos en la atención sanitaria, resultando en cuidados inseguros, y contribuyendo a desfavorables resultados (Biasibetti, Hoffmann, Araujo, Wegner, & Kuert, 2019).

La falta de comunicación efectiva entre enfermeras, médicos y pacientes puede provocar efectos adversos en la recuperación del paciente, provocando la estancia más prolongada del mismo. En contraste, un estudio mostró que a medida que el nivel de la comunicación entre médicos y enfermeras aumenta, la mortalidad y las tasas de error de medicación disminuyen en el paciente, por ello se afirma que

la comunicación está influenciada por factores contextuales como la educación, cultura, idioma, relaciones de género y sistema de atención de la salud, y normalmente se examina en función de las interacciones individuales (Kwang , Sunghee, & Mi, 2018).

b) Frecuencia de eventos reportados, es el grado en que se reportan los errores para los siguientes tipos: (i) eventos que se detectan y corrigen antes de que afecten al paciente, (ii) eventos sin la posibilidad de dañar al paciente y (iii) eventos que alcanzarían a afectar al paciente (Famolaro et al., 2016).

Los eventos son prácticas traumáticas y dolorosas tanto para el paciente, familia y profesionales sanitarios implicados en la atención (Diaz, Salvadores, & Jimenez, 2018).

Durante la atención médica se generan un sin número de errores que en muchas ocasiones no son notificados a los estamentos correspondientes, producto de ello conducen a que se genere un resultado negativo en el paciente, si algún miembro del personal de cuidados del hospital observa un error, se le anima y/o se le pide que lo informe al supervisor, en ese sentido se debe promover una cultura de seguridad, donde exista estrategias que incluyen adherirse a las políticas, adoptar una enfoque no punitivo para la notificación de errores, esto se lograra con una buena cultura de comunicación que conduzca a una mejor atención al paciente, mayor seguridad y mejor satisfacción del personal (Levine, Carmody, & Silk, 2020).

c) Percepción general de la SP, la medida en que los procedimientos y sistemas son buenos para prevenir eventos y no hay de problemas de SP (Famolaro et al., 2016).

En este aspecto consiste en evitar lesiones al paciente durante las atenciones en los centros médicos, así como los mecanismos básicos de calidad de atención y requisitos previos para la realización de cualquier actividad clínica. La SP también puede estar relacionada con la duración una estancia hospitalaria, así en pacientes que se encuentran en una UCI, a menudo es difícil evaluar la extensión del daño atribuido a los sucesos de incidentes y eventos adversos. La SP es la disminución del riesgo de daño, como evadir, advertir o atenuar los

diversos resultados adversos o asociados a la asistencia médica, siendo el objetivo de la SP la reducción del daño durante su atención (Organización Mundial de la Salud, 2019).

d) Expectativas y acciones de la supervisión/director para promover la SP, la medida en el que los supervisores/gerentes consideran las sugerencias del trabajador para mejorar la SP, elogian al personal por seguir los procedimientos de SP, y no ignoran los problemas de SP (Famolaro et al., 2016).

e) Aprendizaje organizacional/mejora continua, se refiere a la capacidad de instituir información para originar nuevos conocimientos, desarrollando nuevas capacidades, asimismo, incrementando servicios y nuevos productos, así como a mejorar los procesos; por ello el centro de salud debe renovar sus estructuras, incorporando nuevos conocimientos en todos sus niveles. Este proceso de modificación se necesita integrar nuevos conocimientos, actitudes y habilidades, con el fin de resolver situaciones problemáticas tanto del que está inmerso como del grupo al que pertenece. Además, también se refiere a la adquisición y aplicación de conocimientos y actitudes para mejorar la capacidad y desarrollo de una institución (Pérez, 2017).

f) Trabajo en equipo dentro las unidades, un papel muy importante que se viene implementando en los últimos años, los trabajadores de salud deben saber trabajar en equipo, integrándose y colaborando eficazmente para reducir los eventos, puesto que el trabajo en equipo logra mejorar el desempeño laboral y minimiza los costos en atención médica (Mi & Choi, 2018).

Los profesionales deben poner en práctica las siguientes habilidades emocionales: comunicación, complementariedad, coordinación, confianza y compromiso (Pérez, 2017).

g) Comunicación e información sobre errores, grado en el que al personal se le informa acerca de los errores que se producen, se problematiza sobre las formas para evitar eventos y se dan consideraciones acerca de los cambios a implementar (Famolaro et al., 2016).

Es fundamental que los profesionales puedan realizar estrategias que les facilite conversar y realizar el intercambio de información efectiva entre los miembros del equipo. Por ello, recomiendan diferentes métodos comunicacionales estructurados, los cuales es identificar situaciones, antecedentes, evaluación y recomendación (Mella, Gea, Aranaz, Ramos, & Compañ, 2020).

h) Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades, el profesional de salud entrante y saliente de un turno intercambia información relevante sobre la situación de salud de los pacientes, así mismo el plan de cuidados a seguir, continuados y bajo responsabilidad. El objetivo es asegurar la continuidad del cuidado durante las 24 horas, estos aspectos promueven una transición de calidad en el cambio de turno (Organización Mundial de la Salud, 2019).

i) Respuesta no punitiva a errores, nivel en el que el reporte de eventos e incidentes por parte del personal de salud, considera que sus errores y reportes de eventos no se guardan en su archivo personal y no se lleva a cabo nada en su contra (Famolaro et al., 2016). Por esta razón, el personal de enfermería muestra vergüenza y temor a la realidad de hacer públicos los errores, evidenciado en que no siempre hay un tratamiento de ellos (Mella, Gea, Aranaz, Ramos, & Compañ, 2020).

j) Dotación del personal, es el grado en que existe personal suficiente para administrar la carga de trabajo y estas horas de trabajo son adecuadas para brindar la mejor atención al paciente (Famolaro et al., 2016).

k) Apoyo de la gerencia para la SP, grado en el que la gerencia de la institución ofrece un clima de trabajo que promueve la SP y muestra que esta es de máxima importancia (Famolaro et al., 2016). La administración de los hospitales juega un rol importante en toda organización, donde el director es la persona que lidera la participación de todos los integrantes en las instituciones, encargándose del cumplimiento de las metas para cumplir de manera adecuada la prestación de los servicios a todos los pacientes que llegan a ser atendidos (Pérez, 2017).

l) Trabajo en equipo entre servicios, las diferentes unidades de un hospital colaboran y coordinan entre sí orientados a brindar una óptima atención a los pacientes (Famolaro et al., 2016).

La seguridad para los pacientes es una preocupación global, ante ello es necesario reducir el número de sucesos con el fin que se genere la menor cantidad de notificaciones, este tipo de acontecimientos sucede en países en vías de desarrollo y países desarrollados, al respecto la información obtenida de las notificaciones es decisivo para los tomadores de decisiones, responsables de la gestión y el desarrollo de las políticas de seguridad, de los trabajadores de salud y de los pacientes, todo ello respalda la implementación de mejoras de la organización (Almeida, y otros, 2021).

Las teorías que dan respaldo al estudio son: Teoría de Watson sobre el cuidado humanizado y Teoría del error de Reason.

Según Jean Watson define que las personas no pueden ser tratados como cualquier objeto y por lo tanto no pueden separarse de sí mismos, de los otros, la naturaleza y de los trabajadores en general. La teoría incluye a toda la enfermería; enfatiza en el proceso interpersonal entre cuidador y paciente, centrándose en el cuidado humanizado y en la relación transpersonal de cuidar y su potencial curativo tanto para el que recibe cuidados como para el que cuida. La jerarquía de necesidades de Watson inicia con las necesidades fisiológicas de orden inferior, incluyen alimentación y líquidos, eliminación y ventilación. Luego, están las necesidades psicofísicas de orden inferior, que incluyen la actividad, inactividad y sexualidad. Finalmente, las necesidades de orden superior, que son psicosociales, estos incluyen la necesidad de logro, vinculación y autorrealización (Usha, 2019).

El cuidado por parte del trabajador de salud es esencial y promueve una mejor salud. El cuidado de los pacientes desarrolla el crecimiento personal; un entorno solidario acepta a la persona tal como es y lo direcciona en lo que puede llegar a ser (Pajnkihar, Štiglic, & Vrbnjak, 2017). Para poder realizar una acción de cuidado, las enfermeras necesitan conocimientos y experiencia tanto artística como científica, la educación en enfermería juega un papel importante en la adquisición y el avance de los atributos del cuidado y esto debe ser enfatizado a lo largo de su

vida profesional. Además, la conducta solidaria en el personal de salud pueden contribuir al bienestar y la satisfacción de los pacientes, siendo esto más que solo el desempeño de las organizaciones de salud (Gonzalo, 2021).

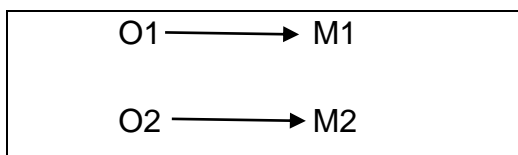
Teoría del error de Reason asume que el ser humano puede fallar, a pesar de los esfuerzos por evitarlos, los errores continuaran ocurriendo, por lo que es necesario rediseñar procesos para hacerlos más resistentes a la producción de fallos, menos propensos a las situaciones de riesgo y habilitar estrategias de interceptación y detección temprana de los errores. Define el error humano, en el cuidado de enfermería puede estar relacionado con el enfoque del sistema, a través de fallas activas y condiciones latentes. Las fallas activas aparecen por ejemplo en los errores en la administración de medicamentos y por no levantar las barandas de la cama. Las condiciones latentes o potenciales pueden estar relacionadas con las dificultades de comunicación en el equipo multidisciplinario, falta de cumplimiento de estándares y procesos organizacionales y carencia de recursos materiales (Rocco & Garrido, 2017).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de estudio

Según el método a usarse fue deductivo porque por medio de la información extraída de la muestra de estudio permitió extraer conclusiones (Hernández y Mendoza, 2018). Según su enfoque o naturaleza fue cuantitativa ya que se usó pruebas estadísticas para contrastar las comparaciones entre las muestras de estudio (Hernández, Fernández, & Baptista, Metodología de la investigación, 2014).

El tipo fue básico porque aportó al conocimiento científico existente entre los estudiantes (Hernández & Mendoza, Metodología de la investigación, 2018). Por lo tanto, el diseño fue no experimental ya que no se llevó a cabo la manipulación de la variable de estudio, solo se centró en realizar un estudio descriptivo comparativo, transversal y prospectivo porque se midió la variable en un tiempo y espacio único y esta medida fue en el presente (Hernández, Fernández, & Baptista, Metodología de la investigación, 2014, pág. 152), siendo el diseño:



Dónde:

O1 y O2: Observaciones de las muestras de interés

M1 y M2: Muestras en quien se va a realizar el estudio

3.2. Variable y operacionalización

La CS del paciente cuya definición conceptual es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta, individuales y grupales, que determinan el compromiso, estilo y capacidad para una gestión segura y saludable de una organización (Nieva & Sorra, 2003).

Como definición operacional, se tiene que la variable fue medida mediante un cuestionario con 42 ítems, con 12 indicadores y tres dimensiones (Ver anexo 1).

3.3. Población, muestra y muestreo

La población es el conjunto de personas, objetos, fenómenos con características similares (Hernández, Fernández, & Baptista, Metodología de la investigación, 2014), estuvo conformada por 54 enfermeras y 16 médicos de una UCI cardiopediátricos de un hospital de Lima. Por ser una población pequeña se abordó al total de unidades muestrales, por tanto la población es la muestra.

Criterios de inclusión: Enfermeras y médicos laborando más de 3 meses, que deseen participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Enfermeras y médicos laborando menos de 3 meses o que se encuentren en aislamiento.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, debido a que se toma en cuenta a todos los considerado en el universo (Hernández, Fernández, & Baptista, Metodología de la investigación, 2014).

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

Se usó como técnica la encuesta. Conformada por una secuencia de preguntas que van dirigido a un grupo de personas con la finalidad de recolectar información y como instrumento el cuestionario, este permitió recopilar toda la información necesaria acorde a las dimensiones de la variable (López-Roldán y Fachelli, 2015, pág. 17). El cuestionario sobre seguridad del paciente fue adaptado a una versión española por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España sobre SP, tomada de la encuesta original de la Agencia para la investigación y calidad de salud de Estados Unidos en ingles: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos que evalúa la CS de las instituciones de salud.

El instrumento utilizado consta de un cuestionario auto administrado, mide las tres dimensiones, 12 indicadores de cultura de la seguridad, con un total de 42 ítems/preguntas. La valoración de cada pregunta se hizo por medio de la escala de Likert, en cinco niveles: (1) muy en desacuerdo; (2) en desacuerdo; (3) indiferente; (4) de acuerdo; (5) muy de acuerdo.

El cuestionario está conformado por preguntas formuladas positivamente y otras formuladas negativamente. Para analizar los datos se codificó las respuestas en tres grupos, así: negativas: muy en desacuerdo/en desacuerdo; neutras: indiferente; positivas: de acuerdo, muy de acuerdo. De la misma manera, se clasificaron las dimensiones siguiendo los criterios de la AHRQ, quienes establecen que una dimensión es una fortaleza si obtiene más del 75% de respuestas positivas, o es una debilidad/oportunidad de mejora si obtiene más del 50% de respuestas negativas (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2005).

Los indicadores e ítems que componen cada una de las dimensiones, se calcularon usando la siguiente fórmula:

$\frac{\Sigma \text{ número de respuestas positivas en los ítems de una dimensión}}{\text{Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión}}$

Número de respuestas totales en los ítems de una dimensión

Tabla 1

Ficha técnica del instrumento Cuestionario sobre seguridad del paciente

Nombre del instrumento:	Cuestionario sobre seguridad del paciente: versión española de Hospital Survey on Patient Safety Culture.
Autor:	AHRQ de EEUU.
Adaptado:	Ministerio de Sanidad y Consumo de España
Lugar:	UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima.
Fecha de aplicación:	Noviembre del 2021
Objetivo:	Medir y comparar la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica.
Administrado a:	Médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica por formulario Google.
Tiempo:	15 minutos
Margen de error:	0.05

Validez y confiabilidad

Validez, es el proceso que consiste en evaluar diferentes preguntas del cuestionario para asegurar una buena fiabilidad (Hernández, Fernández, & Baptista, Metodología de la investigación, 2014). El instrumento fue validado por juicio de expertos conocedores del tema, quienes tienen grado de maestro o maestra, los cuales precisaron tres criterios: relevancia, pertinencia y claridad, posterior a la validación los jueces le otorgaron la condición de aplicable (Ver anexo 4).

Confiabilidad, es el grado de consistencia de los instrumentos a aplicar en una muestra específica (Hernández, Fernández, & Baptista, Metodología de la investigación, 2014), este indica si el cuestionario es apto para ser aplicado en la muestra de estudio. Se realizó una Prueba Piloto a 20 trabajadores de una institución que cuentan con la misma característica a la muestra de estudio. Así mismo se obtuvo mediante **Alfa de Cronbach**, con un coeficiente de fiabilidad de 0.740, siendo una confiabilidad moderada (Ver anexo 4).

3.5. Procedimientos

Primeramente, se pidió el permiso correspondiente al encargado de la UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima, este permiso aprobó tener la autorización para llevar a cabo la investigación. A continuación, se llevó una reunión con todos los participantes por zoom, donde se les brindó la información correspondiente del estudio y luego se envió el cuestionario por formato digital de Google Form, donde cada participante resolvió de manera anónima y en libertad.

3.6. Método de análisis de datos

Los datos recolectados fueron procesados en Excel versión 2016, luego fue trasladado al programa SPSS versión 25 donde se realizaron las tablas y gráficos estadísticos. Se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov–Smirnov para verificar una distribución de los datos, además para la contratación de las hipótesis se apeló a la prueba de U de Mann Whitney, por el cual se verificó si existía diferencia entre las muestras (enfermeros y médicos), luego se realizó el análisis y conclusiones.

3.7. Aspectos éticos

Se consideró los siguientes aspectos éticos como el respeto, puesto se trató de manera humana a todos los médicos y enfermeras, sin discriminación alguna; así mismo, se consideró a la justicia donde todos los colaboradores fueron tratados en igualdad de oportunidades, sin distinción y la confiabilidad de información de los participantes ya que no se hizo público datos privados del personal de salud (Alvarez, 2018). Igualmente, la investigación cumplió con el reglamento establecido por la Universidad César Vallejo y del citado correcto de las Normas APA para evitar

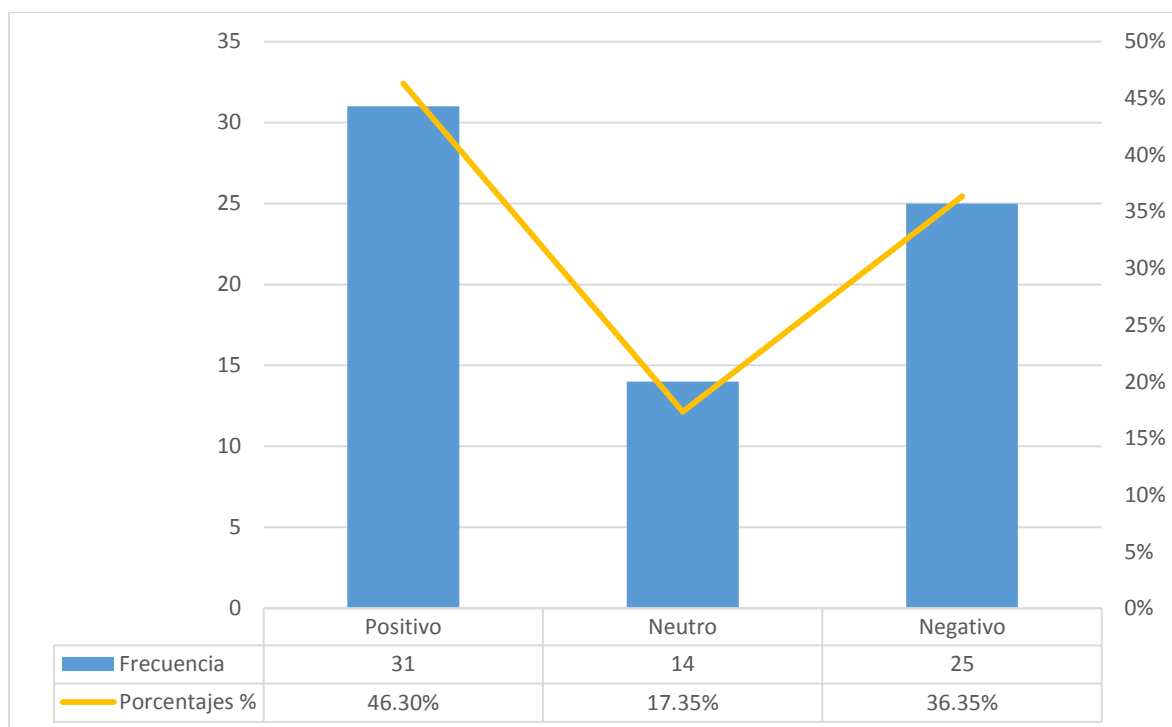
el plagio y con la solicitud a cada unidad muestral sobre su consentimiento para participar del estudio, el cual fue solicitado como parte del formulario de Google.

IV. RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVOS

Figura 1

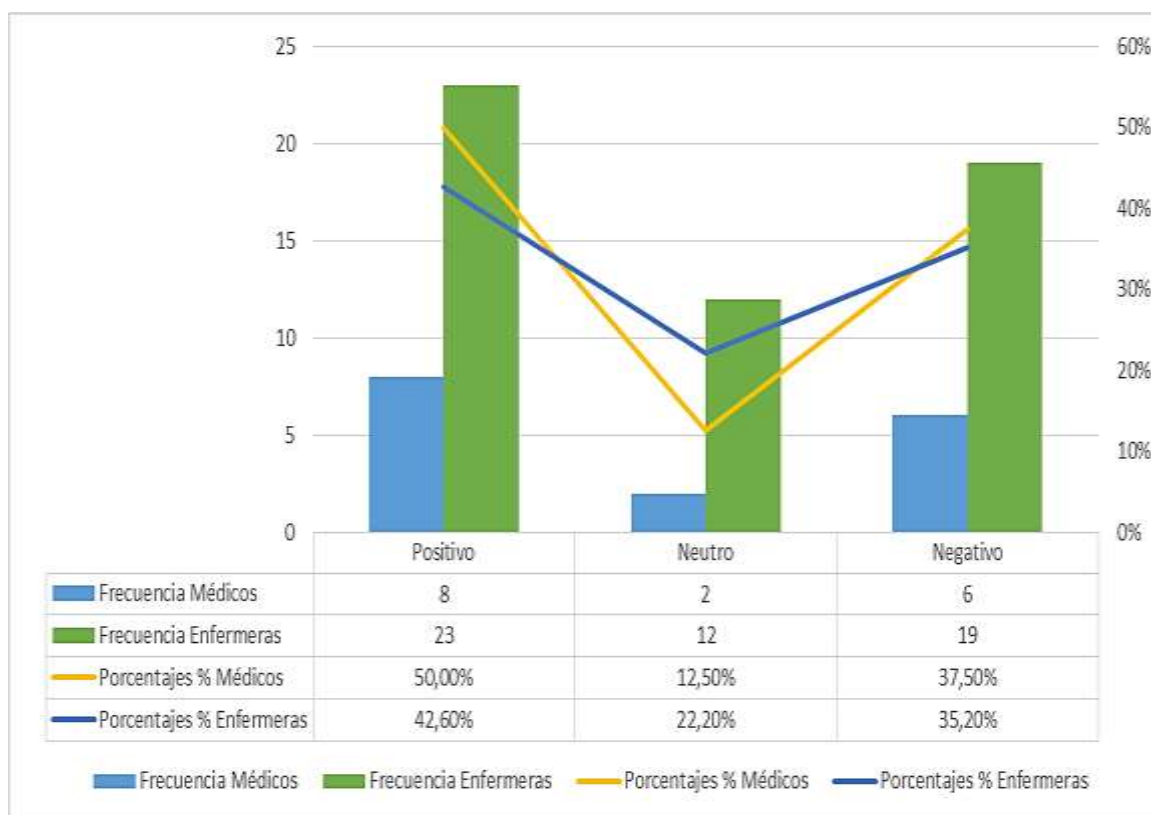
Distribución porcentual de la cultura de seguridad del paciente en una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima



En la figura 1 se evidencia que la CS del paciente de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima, es positiva en 46.30%, frente a un 36,35% negativa y de manera neutra 17,35%. El porcentaje de respuestas positivas no fue superior al 75%, de la misma manera, el porcentaje de respuestas negativas no fue superior al 50%.

Figura 2

Distribución porcentual de la cultura de seguridad del paciente en médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima



En la figura 2 se evidencia que la CS del paciente en médicos que trabajan en una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima tubo respuestas positivas en un 50,00%, frente a un 37.50% de respuestas negativas y una minoría de 12.50% neutras. Así mismo, las enfermeras en un 42,60% respondieron de manera positiva frente a un 35,20% de manera negativa y una minoría 22.20% de respuestas neutras. En ambos grupos, no se encontró CS fuerte, ni débil.

Figura 3

Resultados de las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima



En la figura 3 se evidencia en cuanto a la dimensión 1 resultados de la CS en médicos, es valorado de manera neutra con 43,8%, frente a un 37.5% positivo y 18.8% tuvieron respuestas negativas. Así mismo los resultados obtenidos en las enfermeras, donde el 42,6% tubo respuestas positivas, el 35,20% respuestas neutras y el 22,2% respuestas negativas. En la dimensión 2, CS a nivel del servicio se encontró en el profesional médico, el 37% tuvo respuestas positivas, el 31.3% respuestas neutras y el 31,3% respuestas negativas. Así mismo los resultados obtenidos en las enfermeras, donde el 38,1% tuvo respuestas neutras, 33.3% tubo respuestas positivas, y el 28,6% respuestas negativas. En la dimensión 3: CS a nivel del hospital se encontró en los médicos, el 43.8% tuvo respuestas neutras, el 37.5% respuestas positivas, el 18,8% respuestas negativas. Así mismo los resultados obtenidos en las enfermeras, donde el 38,9% tuvo respuestas positivas, 35.2% tubo respuestas neutras, y el 25,9% respuestas negativas. En ambos grupos, en las dimensiones, no se encontró fortalezas en CS.

4.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

Prueba de hipótesis general

Ha: Existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima.

Ho: No existe diferencia de la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima.

Nivel de significancia de 0.05

Nivel de confiabilidad 95%

Criterio de decisión

Si $p < 0.05$, rechazamos la Ho y aceptamos la Ha

Si $p \geq 0.05$, aceptamos la Ho

Tabla 2

Nivel de significación de la variable cultura de seguridad del paciente

Estadísticos de prueba ^a	
GRALVAR01	
U de Mann-Whitney	314.500
W de Wilcoxon	450.500
Z	-1.645
Sig. asintótica(bilateral)	.100

Fuente: Procesamiento de datos en SPSS-V25

En la tabla 2, la variable CS del paciente entre médicos y enfermeras no presenta diferencia significancia con un p-valor = 0.100 mayor que 0.05, rechazándose la hipótesis de estudio, y aceptándose la hipótesis nula, por lo tanto no existen diferencias significativas en la CS del paciente entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima.

Hipótesis específica 1

Ha: Existe diferencia en los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras.

Ho: No existe diferencia en los resultados de la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras.

Tabla 3

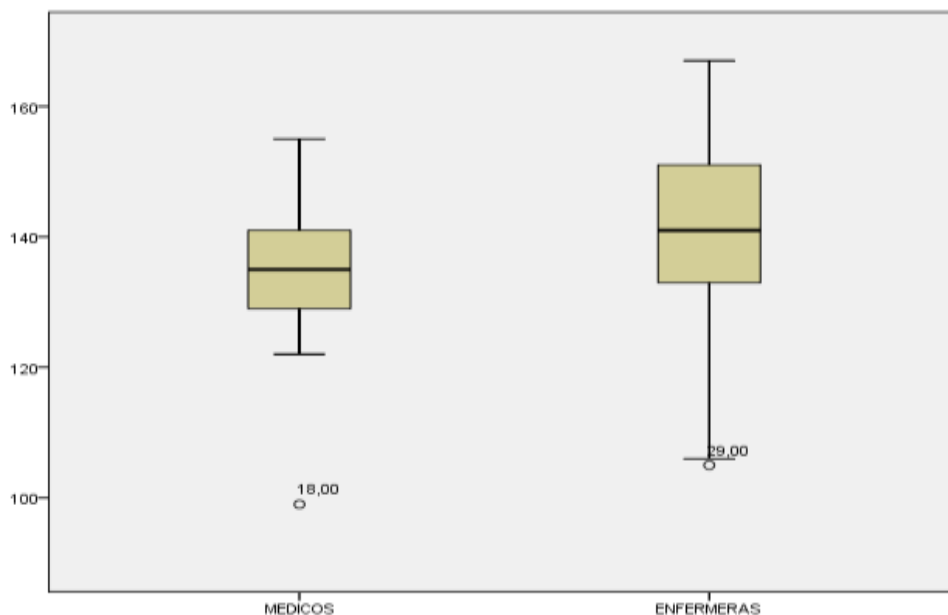
Nivel de significación de la dimensión resultados de la cultura de seguridad

Estadísticos de prueba ^a	
	DIM01
U de Mann-Whitney	290.500
W de Wilcoxon	426.500
Z	-1.989
Sig. asintótica(bilateral)	.047

Fuente: Procesamiento de datos en SPSS-V25

Figura 4

Nivel de significación de la dimensión resultados de la cultura de seguridad entre médicos y enfermeras



En la tabla 3 y figura 4, la dimensión resultados de la CS entre médicos y enfermeras presenta diferencia significativa con un p-valor = 0.047 menor que 0.05, aceptando la hipótesis de estudio, y rechazándose la hipótesis nula, estableciendo

que existen diferencias significativas en la dimensión resultados de la CS entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima, observándose una mayor amplitud en la CS del paciente de enfermeras con respecto a médicos, igualmente la media de las enfermeras supera el cuartil tres al valor obtenido por los médicos.

Hipótesis específica 2

Ha: Existe diferencia en la cultura de seguridad del paciente a nivel del servicio entre médicos y enfermeras.

Ho: No existe diferencia en la cultura de seguridad del paciente a nivel del servicio entre médicos y enfermeras.

Tabla 4

Nivel de significación de la dimensión cultura de seguridad a nivel del servicio

Estadísticos de prueba^a	
	DIM02
U de Mann-Whitney	354.000
W de Wilcoxon	490.000
Z	-1.092
Sig. asintótica(bilateral)	.275

Fuente: Procesamiento de datos en SPSS-V25

En la tabla 4, la dimensión CS a nivel del servicio no presenta diferencia significativa con un p valor de 0.275 mayor que 0.05 rechazándose la hipótesis de estudio, y aceptando la hipótesis nula, es decir no existe diferencias significativas en la dimensión CS a nivel del servicio entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima.

Hipótesis específica 3

Ha: Existe diferencia en la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital entre médicos y enfermeras.

Ho: No existe diferencia en la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital entre médicos y enfermeras.

Tabla 5

Nivel de significación de la dimensión cultura de seguridad a nivel del hospital

Estadísticos de prueba^a	
	DIM03
U de Mann-Whitney	355.500
W de Wilcoxon	491.500
Z	-1.074
Sig. asintótica(bilateral)	.283

Fuente: Procesamiento de datos en SPSS-V25

En la tabla 5, la dimensión CS a nivel del hospital no presenta diferencia significativa con un p-valor = 0.283 mayor que 0.05, rechazándose la hipótesis de estudio, y aceptando la hipótesis nula, por lo tanto no que existen diferencias significativas en la dimensión CS a nivel del hospital entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima.

V. DISCUSIÓN

El estudio se realizó en una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima, la población estuvo conformada por enfermeras (54 personas) haciendo un 77.1% y médicos (16 personas) en un 22.9% de la población, haciendo un total de 70 trabajadores de la salud.

En la presente investigación el objetivo general fue, comparar la CS del paciente entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátricos de un hospital de Lima, 2021. Llegando a las siguientes discusiones:

En base a la encuesta general se encontró que el 46,30% (31 personas) tubo respuestas positivas sobre la CS del paciente frente a un 36,35% (25 personas) de respuestas negativas y de manera neutra 17,35% (14 personas). Se concluye que la CS del paciente de una UCI cardiopediátrica de un Hospital de Lima no es fuerte, tampoco débil, siguiendo los criterios de clasificación del estudio tomados de la AHRQ, ya que el porcentaje de respuestas positivas no fue superior al 75%, de la misma manera, el porcentaje de respuestas negativas no fue superior al 50%, por lo que la CS en este servicio se encuentra en un proceso de maduración, coincidiendo con estudios nacionales como Segura (2020), quien encontró que la CS del personal de enfermería de una clínica en Lima, el 52% del personal indicó que es aceptable, seguidamente del 44% positiva y mientras que un 4% la describió negativa, no encontrando fortalezas ni debilidades; en estudios internacionales se coincide con Mella et al. (2020), donde los profesionales de un Hospital Universitario de España valoran de manera positiva la CS, con un 32,3%, así mismo Nadabi et al. (2019), encontró en los servicios de maternidad de 10 hospitales de Omán, que ningún hospital tuvo una respuesta positiva objetivo superior al 75%, de la misma manera Camacho y Jaimes (2018), en su estudio sobre en enfermeros en los hospitales de Bucaramanga, encontró que la puntuación general de la CS alcanzó el 51,21%, no siendo percibida como fortaleza ni como debilidad por parte de enfermería. El estudio no coincidió con Arrieta et al. (2019), quienes encontraron en los hospitales de Lima y Callao, que solo el 21% del personal de salud cree que la SP de su institución es buena o muy buena, encontrando una cultura débil en ese tiempo.

La CS del paciente es un elemento clave de la calidad de atención, en los últimos años, esto se ha tomado muy en serio por parte de los pacientes y sus

familias que desean sentirse confiados y seguros durante las visitas y los ingresos hospitalarios, así los profesionales de la salud deben brindar una atención médica segura, eficaz y eficiente (Merino, 2012, pág. 1 y 12). Muchos estudios indican que instituciones con una CS positiva tienen mejores indicadores de SP, menor mortalidad, menores tasas de reingresos hospitalarios y mayor satisfacción de sus pacientes (Braithwaite et al., 2017). Analizar la actual CS del paciente en una institución de salud es un tema fundamental, debe abordarse para facilitar la implementación de planes de mejora orientados a reducir los eventos adversos y promover la calidad de la atención.

En cuanto a la hipótesis general: Existe diferencia en la CS del paciente entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima, 2021. En cuanto a la valoración sobre CS entre médicos y enfermeras, se encontró que 50,00% manifestaron ver la CS del paciente de manera positiva frente a un 37.50% de manera negativa y una minoría 12.50% se encuentra en un nivel neutro, así mismo, las enfermeras en un 42,60% respondieron de manera positiva, frente a un 35,20% de manera negativa y una minoría 22.20% se encuentra en un nivel neutro. Se concluye que tanto médicos como enfermeras valoran de manera similar la CS del paciente ($p=0.100$) en una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima, no existiendo diferencias, rechazando la hipótesis de estudio, este resultado tiene coincidencia con Nadabi et al. (2019), en su estudio, no se observaron diferencias entre enfermeras y médicos, de la misma manera, este resultado no coincide con los estudios de Batista et al. (2020), donde encontró que la CS fue diferente en los profesionales de enfermería y medicina en un hospital de Brasil, valorada más positivamente por las enfermeras, así mismo Alenezi et al. (2019), en un hospital de Arabia Saudita, encontró que los médicos tenían puntuaciones de cultura más altas que los asistentes de enfermería y Mella et al. (2020), evidenciaron que el personal de salud como los farmacéuticos tuvieron mejor CS que el personal no sanitario.

Una CS se define como el producto de valores, actitudes, percepciones, habilidades y patrones de comportamiento individuales y colectivos que definen el compromiso, el estilo, la eficiencia y las competencias de una gestión segura de una institución. (Nieva & Sorra, 2003). Por lo que es importante conocer lo que cada profesional considera y practica en un área de cuidado al paciente.

Según la teoría de Jean Watson define que las personas no pueden ser tratados como cualquier objeto, pone énfasis en el proceso interpersonal entre el paciente y el cuidador, centrándose en el cuidado de la persona, la relación interpersonal de cuidado y el potencial de recuperación tanto para el cuidador como para la persona a la que se cuida (Usha, 2019). El cuidado por parte del personal sanitario es esencial y promueve una mejor salud, el cuidado de las personas promueve el crecimiento y genera un entorno solidario que acepta a la persona por lo que es y considera lo que puede llegar a ser (Pajnkihar, Štiglic, & Vrbnjak, 2017). Es importante basarnos en esta teoría, que orienta a alcanzar una cultura de seguridad positiva y similar en ambos grupos profesionales ya que eso determinara una mejor calidad de atención al paciente cardiopediátrico.

En cuanto a las hipótesis específicas se llegó a las siguientes conclusiones, en la hipótesis 1, dando respuesta a los datos estadísticos se precisa que en cuanto a los médicos tienen una valoración neutra 43,80 % (7 médicos) frente a la valoración positiva de las enfermeras 42,60% (23 enfermeras), por tanto, se concluye que existe diferencia en los resultados de la CS entre médicos y enfermeras ($p = 0.047$), aceptando la hipótesis de estudio. En la hipótesis 2, en cuanto a los datos estadísticos se precisa que los médicos tienen una valoración positiva 37,50 % (6 médicos) frente a la valoración positiva de las enfermeras 33,30% (18 enfermeras), por tanto, se concluye que no existe diferencia de la CS a nivel del servicio entre médicos y enfermeras ($p = 0.047$), rechazando la hipótesis de estudio. En la hipótesis 3, en cuanto a los datos estadísticos se precisa que los médicos tienen una valoración positiva 37,5% (6 médicos) frente a la valoración positiva de las enfermeras 38,90% (21 enfermeras) se concluye que no existe diferencia en la CS del hospital entre médicos y enfermeras ($p = 0.283$), rechazando la hipótesis de estudio.

En ambos grupos, en la valoración de resultados de las dimensiones, no se encontró respuestas positivas con porcentajes superiores al 75%, de la misma manera, respuestas negativas con porcentajes superiores al 50%, coincidiendo con Camacho (2020), donde concluye que ninguna de las dimensiones evaluadas de la CS en profesionales sanitarios en Bucaramanga, fue categorizada como fortaleza o debilidad, también con Lima et al. (2020), quienes además encontraron una valoración neutra en la mayoría de las dimensiones. Danielsson et al. (2019), en un estudio en hospitales de Suecia, concluyeron que las dimensiones de la CS del

paciente se calificaron de manera significativamente diferente en los puestos de personal, los gerentes tuvieron mayor puntuación que las enfermeras y médicos, encontrándose similitud entre ellos.

Podemos decir que en relación a los resultados encontrados, donde no se obtiene el resultado deseado de respuestas positivas superiores al 75% en ambos grupos profesionales, pero esto si es humanamente alcanzable; tomando como base la Teoría del error de Reason, quien asume que los humanos cometemos errores, a pesar de los esfuerzos por evitarlos, los errores seguirán ocurriendo, por lo que es necesario repensar los procesos para hacerlos más resistentes a la ocurrencia de errores, creando situaciones menos riesgosas, esto permitirá la detección temprana de eventos y creara estrategias de interceptación. (Rocco & Garrido, 2017).

Se debe favorecer la creación de una CS del paciente que influya en el desarrollo del ejercicio profesional, fortaleciendo las dimensiones que tienen valoraciones positivas y requieren seguir promoviendo (Camacho, 2020).

La investigación es una contribución significativa para comparar la CS del paciente entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica. Se espera pueda ser un aporte importante para iniciar estudios más profundos a posterior, como intervenir y mejorar el nivel de valoración encontrado en las dimensiones.

Es importante resaltar que este estudio se limitó a cubrir un hecho local específico, lo que imposibilita la generalización de sus conclusiones. También es necesario tener en cuenta el hecho de que el universo bajo estudio es equivalente a dos categorías profesionales, y entonces no puede representar a otro personal de salud involucrado en la asistencia directa a niños con cardiopatías congénitas.

Para finalizar, los datos reflejados en este estudio permiten conocer cuál es la situación basal relacionada con la percepción de la CS entre los profesionales de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima. Ello nos ha de servir como punto de partida para emprender las acciones necesarias con el objetivo de mejorar la seguridad de nuestros pacientes.

Finalmente, los datos reflejados en este estudio permiten comprender la situación base respecto a la percepción de la CS entre los profesionales de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima. Este será el punto de partida para que se tomen las medidas necesarias para mejorar la SP.

VI. CONCLUSIONES

- Primera:** No existe diferencia en la CS del paciente entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátricos de un hospital de Lima, estadísticamente con una significancia de un $p = 0.100$ mayor que 0.05, lo cual nos lleva a rechazar la hipótesis de estudio y aceptar la hipótesis nula.
- Segunda:** Existe diferencia en la dimensión resultados de CS del paciente entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátricos de un hospital de Lima, estadísticamente con una significancia con un $p = 0.047$ menor que 0.05, lo cual nos lleva a aceptar la hipótesis de estudio y rechazar la hipótesis nula.
- Tercera:** No existe diferencia en la dimensión CS a nivel del servicio entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátricos de un hospital de Lima, estadísticamente con una significancia con un $p = 0.275$ mayor que 0.05, lo cual nos lleva a rechazar la hipótesis de estudio y aceptar la hipótesis nula.
- Cuarta:** No existe diferencia en la dimensión CS a nivel del hospital entre médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátricos de un hospital de Lima, estadísticamente con una significancia con un $p = 0.283$ mayor que 0.05, lo cual nos lleva a rechazar la hipótesis de estudio y aceptar la hipótesis nula.

VII. RECOMENDACIONES

- Primera:** Ante los resultados encontrados donde no existe diferencia en la CS del paciente en médicos y enfermeras, se recomienda a la alta gerencia que diseñe estrategias que permita mejorar la CS del paciente en médicos y enfermeras. Así mismo implementar estas estrategias orientadas a intervenir, corregir y mejorar las debilidades en las dimensiones e indicadores encontrados, dando un soporte calificado, eficiente, eficaz y seguro.
- Segunda:** Se recomienda a los jefes: médico y enfermera del servicio: observar de cerca los indicadores de CS del paciente en el servicio, buscar estrategias para adoptar una CS positiva, beneficiosa para los profesionales, niños con cardiopatías congénitas y sus familias.
- Tercera:** Se recomienda a los profesionales de salud, llevar a cabo más investigaciones sobre el tema, con el fin de incitar más discusiones en temas de CS fuerte, con asistencia calificada, los datos reflejados en los estudios permitirán conocer situaciones basales en sus servicios, sirviendo como punto de partida para emprender mejoras en la CS en su unidad.
- Cuarta:** Se recomienda a la comunidad en general conocer e informarse sobre la situación de la CS en los hospitales a los que acudan, esto ayuda a que los ciudadanos hagan un mejor ejercicio de sus deberes y derechos como usuarios del sistema de salud.

REFERENCIAS

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Estados Unidos. Retrieved from <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2004). *Hospital Survey Items and Composites*. Estados Unidos. https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospital_survey_composites-spanish.pdf
- Aguilar, A. (2018). *Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD Piura Febrero 2018*. Piura: Universidad Nacional de Piura. Retrieved from file:///C:/Users/EQUIPO/Downloads/CIE-AGU-ALB-18.pdf
- Alenezi, A., Pandaan, R., Almazan, J., Pandaan, I., Casison, F., & Preposi, J. (2019). Clinical practitioners' perception of the dimensions of patient safety culture in a government hospital: A one-sample correlational survey. *Journal of Clinical Nursing*, 28(23), 4496-4503. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.15038>
- Almeida, V., Santos, R., Souza, A., Fernandes, A., Viana, M., & Barbosa, M. (2021). Notificación de incidentes relacionados con la atención a la salud en un hospital docente. *Revista electronica trimestral de Enfermería*, 20 (63), 180-220. Retrieved from <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v20n63/1695-6141-eg-20-63-180.pdf>
- Alquwez, N., Cruz, J., & Mohammed, A. (2018). Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture in Three Hospitals in Saudi Arabia. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(4), 422-431. Retrieved from <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jnu.12394>
- Alvarez, P. (2018). Ética e investigación. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6312423.pdf>
- Amaya, A., Narváez, R., & Eslava, J. (2013). Trabajo en equipo como factor contribuyente en la ocurrencia de errores médicos o eventos adversos. *Revista Colombiana*, 28(1), 297-310. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v28n4/v28n4a8.pdf>

- Arrieta, A., Hakim, G., Perez, C., Siu, G., Neves, C., & Qamar, A. (2019). *Encuesta Healthcare Management Americas 2018 sobre la cultura de seguridad del paciente en el Perú*. Retrieved from http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000400011
- Batista, J., Drehmer, E. T., Perreira, D., Borges, M., & Silvia, C. (2020). Differences between nursing and medical professionals regarding the surgical patient safety culture. *Revista electronica trimestral de Enfermeria*, 1(1). Retrieved from file:///C:/Users/EQUIPO/Downloads/1695-6141-eg-20-63-86.pdf
- Bernal, F. (2020). *Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un hospital nivel I*. Retrieved from <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1383/1710>
- Biasibetti, C., Hoffmann, L., Araujo, F., Wegner, W., & Kuert, P. (2019). Communication for patient safety in pediatric hospitalizations. *Scielo*, 40(1), 1-9. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/dQdbGSgdxYBtXphLXsr5khv/?format=pdf&lang=en>
- Braithwaite, J., Herkes, j., Ludlow, K., Luke Testa, L., & Gina Lamprell G. (2017). Association between organisational and workplace cultures, and patient outcomes: systematic review. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/11/e017708.full.pdf>
- Camacho, D. (2020). Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de Salud de atención Primaria. *Hacia. Promoc. Salud.*, 25(1), 141-153. Retrieved from <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v25n1/0121-7577-hpsal-25-01-00141.pdf>
- Camacho, D., Jaimes, N. (2020). Cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atención primaria. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1245/323>
- Comento, M. C., Gémez, P. F., Marcon, G. T., Zárate, R., & Cassini, H. (2011). *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington. Retrieved from <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51547>
- Danielsson, M., Per, N., Rutberg, H., & Arestedt, K. (2019). A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden. *Journal of patient safety*,

- 15(4), 328–333. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6903350/>
- Díaz, C., Salvadores, P., & Jiménez, E. (2018). Abordaje de los errores asistenciales: protocolo de intervención para profesionales de enfermería. *Revista escolar de Enfermaje*, 53, 1-7. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/q4Nb5VFSs3zmDK3bnLVZD3f/?lang=es&format=pdf>
- Eun, S., & Quinn, B. (2019). *Safety Culture and Patient Safety Outcomes in East Asia: A Literature Review*. Retrieved from <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0193945919848755>
- Famolaro, T., Yount, ND., Burns, W., Flashner, E., Liu, H., Sorra, J., & Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ. (2016). Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report. <https://psnet.ahrq.gov/issue/hospital-survey-patient-safety-culture-2016-user-comparative-database-report>
- Florida International University. (2018). *Encuesta HMA sobre Cultura de Seguridad del Paciente*. Retrieved from <https://hma.fiu.edu/encuesta/>
- Gonzalo, A. (2021). *Jean Watson: teoría del cuidado humano*. Retrieved from <https://nurseslabs.com/jean-watsons-philosophy-theory-transpersonal-caring/>
- Guevara, E. (2018). Nuevo enfoque en la atención en salud: La seguridad del paciente. *Peru Investig Matern Perinat*. Retrieved from <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/102/107>
- Hernández, R., & Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill Interamericana. Retrieved from <https://www.worldcat.org/title/metodologia-de-la-investigacion/oclc/1048787036?referer=di&ht=edition>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta Edición ed.). México: McGraw Hill. Retrieved from <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hwang, H., & Lee, Y. (2017). *Effects of Professional Autonomy, Organizational Commitment, and Perceived Patient Safety Culture on Patient Safety Management Activities of Nurses in Medium and Small-Sized Hospitals*.

- Retrieved from <https://www.koreascience.or.kr/article/JAKO201711656706653.page>
- Kuosmanen, A., Tiihonen, J., Repo, E., Eronen, M., & Turunen, H. (2019). Changes in patient safety culture: A patient safety intervention for Finnish forensic psychiatric hospital staff. *Journal of Nursing Management*, 27(4), 848-857. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12760>
- Kwang, P., Sunghee, P., & Mi, Y. (2018). Physicians' Experience of Communication with Nurses related to Patient Safety: A Phenomenological Study Using the Colaizzi Method. *Asian Nursing Research*, 12(3), 166-174. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131717306722>
- Levine, K., Carmody, M., & Silk, K. (2020). The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors. *Revista de gestion de enfermeria*, 28 (1), 130-138. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jonm.12906>
- Lima, P., Teles, M., Lima, R., Vieira, B., Cardoso, R., & Melo, T. (2020). Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. *Enfermería Global*, 19(60). Retrieved from <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.386951>
- López-Roldán y Fachelli. (2015). *Metodología de la Investigación Social Cuantitativa* (1ª edición ed.). Bellaterra (Cerdanyola del Vallès): Dipòsit Digital de Documents, Universitat Autònoma de Barcelona. Retrieved from <http://ddd.uab.cat/record/131469>
- Malásquez, G. (2019). *Directiva específica Evaluación de Cultura de seguridad del paciente*. Instituto Nacional Cardiovascular. Lima. Retrieved from http://campovirtualincor.essalud.gob.pe/lib_incor/blank_link/
- Mella, M., Gea, T., Aranaz, J., Ramos, G., & Compañ, A. (2020). Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. *Gaceta Sanitaria*, 34(5), 500-513. doi:<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>
- Merino, M. j. (2012). *La seguridad del paciente*. Madrid: RC Libros es un sello y marca comercial registrados. Retrieved from <https://rclibros.es/producto/la-seguridad-del-paciente/>
- Mi, S., & Choi, J. (2018). Patient Safety Culture Associated With Patient Safety Competencies Among Registered Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*,

- 50(5), 549-557. Retrieved from <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jnu.12413#jnu12413-bib-0001>
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2005). *Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety*. Madrid, España. Retrieved from <https://seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2007/CuestionarioSeguridadPacientes.pdf>
- Nadabi, W., Faisal, M., & Mohammed, M. (2019). Patient safety culture in Oman: A national study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(5), 1406-1415. doi:<https://doi.org/10.1111/jep.13322>
- Nieva, V., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Quality & Safety*, 12(2). Retrieved from https://qualitysafety.bmj.com/content/12/suppl_2/ii17.short
- Núñez, E. (2020). *Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo, 2018*. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Retrieved from https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2481/1/TL_Nu%C3%B1ezSamaniegoEric.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Seguridad del paciente*. Retrieved from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Pajnkihar, M., Štiglic, G., & Vrbnjak, D. (2017). The concept of Watson's carative factors in nursing and their (dis)harmony with patient satisfaction. *PeerJ*, 5(1). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5299993/>
- Pariona, S. (2018). *Cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados en la unidad de cuidados intensivos quemados - Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja 2018*. Lima: Universidad César Vallejo. Retrieved from https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/23105/Pariona_RSL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pérez, L. (2017). Assessment of safety culture in the surgical room patient. *Revista Cubana de Enfermería*, 33(2). Retrieved from <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1209/265>
- Ramos, F., Coca, S., & Abeldaño, R. (2017). Percepción de la cultura de seguridad de pacientes en profesionales de una institución argentina. *Enfermería*

- Universitaria*, 14(1), 47-53. Retrieved from <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v14n1/2395-8421-eu-14-01-00047.pdf>
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Patient safety and safety culture. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795. Retrieved from <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>
- Rocha, T., Kuerten, P., Tomazoni, A., De Sousa, S., Cristina, J., & Davis, K. (2016). *The culture of patient safety from the perspective of the pediatric emergencynursing team*. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/DCgrxwSp8vyDVKkDVw7H9GS/?lang=en&format=pdf>
- Ruelas, E., Sarabia, O., & Tovar, W. (2007). *Seguridad del paciente hospitalizado*. México: Editorial Panamericana. Retrieved from <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=UVF5RIKZwUMC&oi=fnd&pg=PP11&dq=seguridad+del+paciente+libros&ots=ChnfiWA6L2&sig=SprzS8CHO2NNUFH31HKEEotznWs#v=onepage&q&f=false>
- Segura, G. (2020). *Cultura de seguridad del paciente en enfermeras de Centro Quirúrgico de una Clínica Privada en Lima Metropolitana- 2018*. Lima: Universidad de San Martín de Porres. Retrieved from <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6071>
- Silvestre, C. (2021). Encuesta sobre la Seguridad del Paciente. *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Retrieved from www.ahrq.gov
- Usha, K. (2019). Teoría del cuidado humano de Watson. *JNPE*, 5(1), 28-31. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/338621474_Watson_Human_Caring_Theory
- Van, K., Reniers, J., & Ponnet, K. (2018). *Bibliometric analysis of safety culture research*. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0925753516305604>

ANEXOS

Anexo 1 Matriz de operacionalización de variable

Operacionalización de la variable Cultura de seguridad del paciente

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
Resultados de la cultura de la seguridad	Frecuencias de eventos reportados	1, 2, 3		
	Percepción general de la Seguridad del Paciente	4, 5, 6, 7		
Cultura de seguridad a nivel del servicio	Expectativas y acciones de la supervisión/director para promover la seguridad del paciente	8, 9, 10, 11	Ordinal Likert	Fortaleza: $\geq 75\%$ (+) $\geq 75\%$ (-)
	Aprendizaje organizacional/mejora continua	12, 13, 14	Muy de acuerdo: 5	
	Trabajo en equipo dentro las unidades	15, 16, 17, 18	De acuerdo: 4	Oportunidad de Mejora: $\geq 50\%$
	Apertura para comunicaciones	19, 20, 21,	Muy indiferente o intermedia: 3	(+) $\geq 50\%$ (-)
	Comunicación e información sobre errores	22, 23, 24		
	Respuesta no punitiva a errores	25, 26, 27	En desacuerdo: 2	
	Dotación del personal	28, 29, 30, 31		
Cultura de seguridad a nivel del hospital	Apoyo que da la Gerencia para la Seguridad del Paciente	32, 33, 34	Muy en Desacuerdo: 1	
	Trabajo en equipo entre unidades	35, 36, 37, 38		
	Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	39, 40, 41, 42		

Anexo 2 Matriz de consistencia

Título: Cultura de seguridad del paciente en médicos y enfermeras de una UCI Cardiopediátrica de un hospital de Lima, 2021								
Autor: Montero Varillas, Kati Julia,								
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE E INDICADORES					
<p>PROBLEMA PRINCIPAL ¿Cuál es la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos Cardiopediátricos de un hospital de Lima, 2021?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS 1) ¿Cuál es la diferencia en los resultados de la cultura de seguridad entre médicos y enfermeras? 2) ¿Cuál es la diferencia en la cultura de seguridad a nivel del servicio entre médicos y enfermeras? 3) ¿Cuál es la diferencia en la cultura de seguridad a nivel del hospital entre médicos y enfermeras?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL Comparar la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos Cardiopediátricos de un hospital de Lima, 2021.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS 1) Comparar los resultados de la cultura de seguridad entre médicos y enfermeras 2) Comparar la cultura de seguridad a nivel del servicio entre médicos y enfermeras 3) Comparar la cultura de seguridad a nivel del hospital entre médicos y enfermeras.</p>	<p>HIPOTESIS GENERAL Hg: Existe diferencia en la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras de una Unidad de Cuidados Intensivos Cardiopediátricos de un hospital de Lima, 2021.</p> <p>Ho: No existe diferencia en la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras.</p> <p>Ha: Existe diferencia en la cultura de seguridad del paciente entre médicos y enfermeras</p> <p>HIPOTESIS ESPECÍFICAS 1) Existe diferencia en los resultados de la cultura de seguridad entre médicos y enfermeras 2) Existe diferencia en la cultura de seguridad a nivel del servicio entre médicos y enfermeras 3) Existe diferencia en la cultura de seguridad a nivel del hospital entre médicos y enfermeras</p>	Variable			<p>Muy de acuerdo: 5 De acuerdo: 4 Muy indiferente o intermedia: 3 En desacuerdo: 2 Muy en Desacuerdo: 1</p> <p>Fortaleza: ≥ 75% (+) ≥ 75% (-) Oportunidad de Mejora: ≥ 50% (+) ≥ 50% (-)</p>		
			Dimensiones	Indicadores	Ítems			
			Resultados de la cultura de la seguridad	Frecuencias de eventos reportados	1, 2, 3			
				Percepción general de la Seguridad del Paciente	4, 5, 6, 7			
			Cultura de seguridad a nivel del servicio	Expectativas y acciones de la supervisión/director para promover la seguridad del paciente	8, 9, 10, 11			
				Aprendizaje organizacional/mejora continua	12, 13, 14			
				Trabajo en equipo dentro las unidades	15, 16, 17, 18			
				Apertura para comunicaciones	19, 20, 21,			
				Comunicación e información sobre errores	22, 23, 24			
				Respuesta no punitiva a errores	25, 26, 27			
Dotación del personal	28, 29, 30, 31							
Apoyo que da la Gerencia para la Seguridad del Paciente	32, 33, 34							
Cultura de seguridad a nivel del hospital	Trabajo en equipo entre unidades	35, 36, 37, 38						
	Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	39, 40, 41,42						

Anexo 3 Instrumento Cuestionario sobre seguridad de los pacientes

Este cuestionario tomó como referencia de autor al Ministerio de Sanidad y Consumo de España (2005), adaptado de la encuesta original de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) de Estados Unidos.

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: VERSIÓN ESPAÑOLA DEL HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE

Instrucciones

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o eventos adversos en su centro, y le llevará unos 15 minutos completarla. Sus respuestas son anónimas, si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se refiere al trabajo que usted desempeña, puede dejarla en blanco.

Un **“incidente”** es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.

•**“Seguridad del paciente”** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud otorgados.

Desea participar libre y voluntariamente como encuestado en esta investigación:

Si		No	
----	--	----	--

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

Muy de acuerdo	MA = 5
De acuerdo	A= 4
Muy indiferente o intermedia	I= 3
En desacuerdo	D= 2
Muy en Desacuerdo	MD= 1

Sección A: Su Servicio/Unidad

Por favor, piense en el servicio/unidad donde dedica mayor tiempo.

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

16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
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	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
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	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección B: Su Hospital

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

23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Sección C: Comunicación en su Servicio/Unidad

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

34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
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	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	1	2	3	4	5
39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	1	2	3	4	5
40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	1	2	3	4	5
41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	1	2	3	4	5
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	1	2	3	4	5

Sección D Información complementaria

a. Enfermera b. Médico

Anexo 4 Validez y confiabilidad

Validez del Instrumento: Cuestionario sobre Seguridad del paciente

N°	Expertos	Grado	Dictamen
1	Teresa Campana Añasco	Doctora	Aplicable
2	Gianina Alvarado Soto	Maestra	Aplicable
3	Teresa Colque Rojas	Maestra	Aplicable

Confiabilidad del instrumento

Fiabilidad del Instrumento: Cuestionario sobre Seguridad del paciente

Fiabilidad	Alfa de Cronbach	Ítems
0,740	0,746	42

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: Ruiz Bolívar (2002)

Certificado de validez de contenido del Instrumento



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

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD							
	1: Aprendizaje organizacional/mejora continua	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
2	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	X		X		X		
3	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	X		X		X		
	2: Percepción general de la Seguridad del Paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
4	No se producen más fallos por casualidad.	X		X		X		
5	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	X		X		X		
6	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	X		X		X		
7	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DEL SERVICIO							
	3: Expectativas y acciones de la supervisión/director para promover la seguridad del paciente	Si	No	Si	No	Si	No	

8	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	X		X		X		
9	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
10	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	X		X		X		
11	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	X		X		X		
	4: Frecuencia de eventos reportados	Si	No	Si	No	Si	No	
12	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	X		X		X		
13	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	X		X		X		
14	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	X		X		X		
	5: Trabajo en equipo en la unidad	Si	No	Si	No	Si	No	
15	El personal se apoya mutuamente.	X		X		X		
16	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	X		X		X		
17	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	X		X		X		
18	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	X		X		X		
	6: Dotación del personal	Si	No	Si	No	Si	No	
19	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	X		X		X		
20	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	X		X		X		

21	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	X		X		X		
22	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	X		X		X		
	7: Respuesta no punitiva a errores	Si	No	Si	No	Si	No	
23	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	X		X		X		
24	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	X		X		X		
25	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	X		X		X		
	8: Apoyo que da la Gerencia para la Seguridad del Paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
26	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	X		X		X		
27	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	X		X		X		
28	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	X		X		X		
	9: Comunicación e información sobre errores	Si	No	Si	No	Si	No	
29	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	X		X		X		
30	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	X		X		X		
31	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	X		X		X		
	10: Apertura para comunicaciones	Si	No	Si	No	Si	No	
32	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	X		X		X		

33	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	X		X		X		
34	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DEL HOSPITAL								
11: Trabajo en equipo entre unidades		Si	No	Si	No	Si	No	
35	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	X		X		X		
36	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	X		X		X		
37	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	X		X		X		
38	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	X		X		X		
12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades		Si	No	Si	No	Si	No	
39	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	X		X		X		
40	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	X		X		X		
41	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	X		X		X		
42	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg.Gianina Alvarado Soto

DNI:.....00124824.....

Especialidad del validador: Maestra en Gestión en Enfermería.....

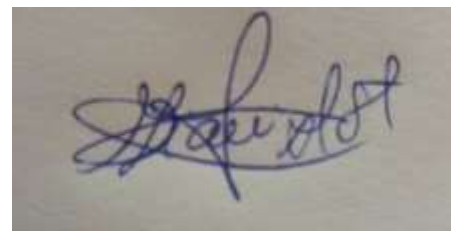
¹**Pertinencia:**El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

.....06....de...Noviembre.....del 2021..



Firma del Experto Informante.

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

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD							
	1: Aprendizaje organizacional/mejora continua	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
2	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	X		X		X		
3	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	X		X		X		
	2: Percepción general de la Seguridad del Paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
4	No se producen más fallos por casualidad.	X		X		X		
5	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	X		X		X		
6	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	X		X		X		
7	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DEL SERVICIO							
	3: Expectativas y acciones de la supervisión/director para promover la seguridad del paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
8	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	X		X		X		
9	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
10	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	X		X		X		

11	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	X		X		X		
	4: Frecuencia de eventos reportados	Si	No	Si	No	Si	No	
12	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	X		X		X		
13	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	X		X		X		
14	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	X		X		X		
	5: Trabajo en equipo en la unidad	Si	No	Si	No	Si	No	
15	El personal se apoya mutuamente.	X		X		X		
16	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	X		X		X		
17	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	X		X		X		
18	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	X		X		X		
	6: Dotación del personal	Si	No	Si	No	Si	No	
19	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	X		X		X		
20	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	X		X		X		
21	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	X		X		X		
22	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	X		X		X		
	7: Respuesta no punitiva a errores	Si	No	Si	No	Si	No	
23	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	X		X		X		

24	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	X		X		X		
25	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	X		X		X		
	8: Apoyo que da la Gerencia para la Seguridad del Paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
26	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	X		X		X		
27	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	X		X		X		
28	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	X		X		X		
	9: Comunicación e información sobre errores	Si	No	Si	No	Si	No	
29	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	X		X		X		
30	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	X		X		X		
31	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	X		X		X		
	10: Apertura para comunicaciones	Si	No	Si	No	Si	No	
32	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	X		X		X		
33	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	X		X		X		
34	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DEL HOSPITAL							
	11: Trabajo en equipo entre unidades	Si	No	Si	No	Si	No	

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dra. Teresa Campana Añasco

DNI:.....31035536.....

Especialidad del validador: Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.....

.....06....de...Noviembre.....del 2021..

¹**Pertinencia:**El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

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

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD							
	1: Aprendizaje organizacional/mejora continua	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
2	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	X		X		X		
3	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	X		X		X		
	2: Percepción general de la Seguridad del Paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
4	No se producen más fallos por casualidad.	X		X		X		
5	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	X		X		X		
6	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	X		X		X		
7	Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DEL SERVICIO							
	3: Expectativas y acciones de la supervisión/director para promover la seguridad del paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
8	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	X		X		X		

9	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
10	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	X		X		X		
11	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	X		X		X		
	4: Frecuencia de eventos reportados	Si	No	Si	No	Si	No	
12	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	X		X		X		
13	Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	X		X		X		
14	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.	X		X		X		
	5: Trabajo en equipo en la unidad	Si	No	Si	No	Si	No	
15	El personal se apoya mutuamente.	X		X		X		
16	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	X		X		X		
17	En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	X		X		X		
18	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	X		X		X		
	6: Dotación del personal	Si	No	Si	No	Si	No	
19	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	X		X		X		
20	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	X		X		X		
21	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	X		X		X		

22	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	X		X		X		
	7: Respuesta no punitiva a errores	Si	No	Si	No	Si	No	
23	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	X		X		X		
24	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	X		X		X		
25	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	X		X		X		
	8: Apoyo que da la Gerencia para la Seguridad del Paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
26	La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	X		X		X		
27	La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	X		X		X		
28	La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	X		X		X		
	9: Comunicación e información sobre errores	Si	No	Si	No	Si	No	
29	Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	X		X		X		
30	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.	X		X		X		
31	En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	X		X		X		
	10: Apertura para comunicaciones	Si	No	Si	No	Si	No	
32	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	X		X		X		
33	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	X		X		X		

34	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DEL HOSPITAL								
11: Trabajo en equipo entre unidades		Si	No	Si	No	Si	No	
35	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	X		X		X		
36	Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	X		X		X		
37	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	X		X		X		
38	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	X		X		X		
12: Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades		Si	No	Si	No	Si	No	
39	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	X		X		X		
40	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	X		X		X		
41	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	X		X		X		
42	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg. Teresa Sandra Colque Rojas

DNI:.....01310449.....

Especialidad del validador: Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.....

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

.....07....de...Noviembre.....del 2021..



Firma del Experto Informante.

Base de datos de la Prueba Piloto

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN MÉDICOS Y ENFERMERAS																																												
PARTICIPANTE	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40	P41	P42		
PARTICIPANTE 1	3	3	3	4	4	3	4	3	3	4	3	3	2	4	2	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	4	3	3	4	2	3	4	4	4	2	4	3	2	2	4	2	4	4	
PARTICIPANTE 2	5	5	4	5	2	2	2	4	4	4	5	2	2	2	4	2	4	2	5	5	4	4	4	3	2	4	2	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	
PARTICIPANTE 3	2	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4
PARTICIPANTE 4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	2	2	4	2	2	2	4	3	4	2	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	
PARTICIPANTE 5	5	3	5	5	3	4	5	4	3	2	5	4	3	3	4	4	3	4	5	5	4	4	3	3	3	4	2	4	2	4	2	4	4	4	4	5	4	4	3	2	4	4	3	
PARTICIPANTE 6	5	2	5	5	2	4	4	3	2	3	4	5	3	3	4	5	3	2	4	5	4	4	3	5	5	2	5	4	4	2	5	5	5	4	3	4	5	3	4	2	3	4		
PARTICIPANTE 7	4	3	4	5	4	2	2	3	2	3	4	5	4	4	2	5	5	2	3	2	4	4	4	5	5	2	5	4	5	3	5	2	2	4	2	2	4	4	5	2	2	2		
PARTICIPANTE 8	4	3	3	4	4	5	4	2	3	4	4	2	4	2	4	2	2	4	4	4	4	4	4	2	4	5	2	2	4	5	4	5	4	4	5	4	2	3	4	5	5	5		
PARTICIPANTE 9	4	3	4	4	2	4	2	2	3	4	3	3	4	2	3	3	3	4	4	3	3	2	3	2	3	4	3	2	2	3	3	4	3	3	3	4	3	2	2	4	4	4		
PARTICIPANTE 10	2	4	4	4	5	4	3	5	4	4	3	3	4	5	4	5	5	2	3	4	5	5	5	3	4	4	3	2	2	5	4	5	3	4	4	4	4	4	5	2	3	4		
PARTICIPANTE 11	4	4	3	2	2	4	2	5	5	5	4	2	3	4	4	4	4	4	5	4	2	5	4	4	4	4	4	5	3	3	5	2	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5		
PARTICIPANTE 12	5	4	5	4	3	2	4	3	5	3	5	2	4	3	5	2	5	3	4	4	3	2	4	5	2	4	3	5	2	2	2	5	3	4	5	2	5	4	3	5	4	5		
PARTICIPANTE 13	4	3	3	4	4	5	2	2	5	4	4	2	4	3	4	5	3	4	5	5	2	2	4	3	2	3	2	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4	5	2	2	
PARTICIPANTE 14	4	2	4	4	4	4	3	2	4	4	4	2	5	2	4	4	2	5	4	4	2	2	5	4	2	5	2	4	2	5	4	5	2	3	4	3	3	4	2	4	3	5		
PARTICIPANTE 15	4	4	3	4	2	4	2	2	3	3	4	3	4	4	5	2	3	4	3	3	3	2	2	5	2	3	4	4	2	3	4	3	2	3	3	4	3	2	3	4	3	4		
PARTICIPANTE 16	3	3	4	4	4	4	3	2	4	4	3	3	3	3	4	4	3	4	2	4	3	2	4	3	2	3	3	2	2	2	2	4	3	2	4	4	4	4	3	2	4	4		
PARTICIPANTE 17	4	3	4	4	2	4	2	2	4	3	4	2	4	2	3	3	2	4	4	4	2	4	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	4	3	3	3	4	2	4	4	4		
PARTICIPANTE 18	4	2	4	2	3	2	3	5	3	4	4	5	2	3	3	5	5	4	4	4	5	5	4	5	5	2	4	4	5	4	5	2	3	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	
PARTICIPANTE 19	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4
PARTICIPANTE 20	4	3	4	4	2	4	2	2	4	3	3	3	4	2	4	3	3	4	4	4	2	2	4	2	3	4	3	2	2	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	3

Fiabilidad

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach basada en los		
Alfa de Cronbach	elementos tipificados	N de elementos
,740	,746	42

Estadísticos total-elemento					
	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P1	141,60	123,516	,229	.	,735
P2	142,25	127,671	,016	.	,744
P3	141,70	124,221	,250	.	,735
P4	141,50	133,211	-,287	.	,755
P5	142,35	125,924	,076	.	,743
P6	141,85	132,134	-,206	.	,755
P7	142,45	124,050	,159	.	,739
P8	142,50	113,000	,630	.	,712
P9	141,95	125,629	,109	.	,740
P10	141,95	124,787	,217	.	,736
P11	141,70	121,379	,438	.	,728
P12	142,55	127,313	,007	.	,747
P13	142,05	130,892	-,159	.	,751
P14	142,45	123,945	,195	.	,737
P15	141,80	123,747	,235	.	,735
P16	141,90	122,411	,205	.	,736
P17	142,05	120,997	,300	.	,731
P18	142,05	134,682	-,335	.	,760
P19	141,60	122,042	,340	.	,731
P20	141,65	120,345	,425	.	,727
P21	142,20	121,958	,262	.	,733
P22	142,25	114,197	,550	.	,716
P23	141,80	121,432	,409	.	,729
P24	142,05	120,261	,295	.	,731
P25	142,35	116,871	,424	.	,724
P26	142,05	124,892	,132	.	,740
P27	142,40	125,516	,098	.	,741
P28	142,20	119,958	,335	.	,729

P29	142,70	120,432	,303	.	,731
P30	142,05	124,155	,168	.	,738
P31	141,80	120,589	,327	.	,730
P32	141,75	126,934	,026	.	,745
P33	142,35	118,871	,469	.	,724
P34	142,00	119,474	,574	.	,723
P35	141,80	120,905	,399	.	,728
P36	141,90	123,568	,265	.	,734
P37	141,90	117,147	,558	.	,720
P38	142,20	120,695	,376	.	,729
P39	142,25	117,250	,440	.	,723
P40	141,90	129,568	-,088	.	,752
P41	141,95	126,366	,083	.	,741
P42	141,75	125,882	,091	.	,741

Anexo 5 Consentimiento informado

CUESTIONARIO SOBRE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES: VERSIÓN ESPAÑOLA DEL HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE

Instrucciones

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o eventos adversos en su centro, y le llevará unos 15 minutos completarla. Sus respuestas son anónimas, si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se refiere al trabajo que usted desempeña, puede dejarla en blanco.

Un **“incidente”** es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.

•**“Seguridad del paciente”** se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud otorgados.

Desea participar libre y voluntariamente como encuestado en esta investigación:

Si		No	
-----------	--	-----------	--

Anexo 6 Resultados adicionales

Distribución de frecuencia de la cultura de seguridad del paciente de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima

Nivel	Frecuencia	Porcentajes %
Positivo	31	46.30%
Neutro	14	17.35%
Negativo	25	36.35%
Total	70	100%

Distribución de frecuencia de la cultura de seguridad del paciente en médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima

Niveles	Médicos		Enfermeras	
	Frecuencia	Porcentajes %	Frecuencia	Porcentajes %
Positivo	8	50,00%	23	42,60%
Neutro	2	12,50%	12	22,20%
Negativo	6	37,50%	19	35,20%
Total	16	100%	54	100%

Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en médicos y enfermeras de una UCI cardiopediátrica de un hospital de Lima

Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en médicos y enfermeras					
Dimensiones	Nivel	Médicos		Enfermeras	
		Frecuencia	Porcentajes (%)	Frecuencia	Porcentajes (%)
D1: Resultados de la cultura de la seguridad	Positivo	6	37,50%	23	42,60%
	Neutro	7	43,80%	19	35,20%
	Negativo	3	18,80%	12	22,20%
D2: Cultura de seguridad a nivel del servicio	Positivo	6	37,50%	18	33,30%
	Neutro	5	31,30%	21	38,10%
	Negativo	5	31,30%	15	28,60%
D3: Cultura de seguridad a nivel del hospital	Positivo	6	37,50%	21	38,90%
	Neutro	7	43,80%	19	35,20%
	Negativo	3	18,80%	14	25,90%

Prueba de Normalidad

Se usó la prueba de normalidad de Kolmogorov - Smirnov, porque la población encuestada, que es igual a los datos almacenados ($n= 100$) supero los 50 datos. Con esta prueba se determinó si los datos obtenidos venían de una distribución normal o no normal.

- El nivel de significancia $P > 0,05$ se deduce que los datos provienen de una distribución normal.
- El nivel de significancia $P < 0,05$ se deduce que los datos provienen de una distribución asimétrica.

Prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov

Variables	Estadístico	gl	p
Dimensión 1	0.261	100	0.000
Dimensión 2	0.227	100	0.000
Dimensión 3	0.234	100	0.000

Fuente: Procesamiento de datos en SPSS-V25

La prueba de normalidad al 5%, nos indica que para las variables están entre un $P= 0.000$, siendo menor que 0.05, donde se indica que los datos no siguen una distribución normal. Entonces se utilizará la prueba estadística no paramétrica: Prueba de U de Mann – Whitney.

BASE DE DATOS: VARIABLE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN MÉDICOS Y ENFERMERAS

BASE DE DATOS: VARIABLE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN MÉDICOS Y ENFERMERAS

PARTICIPANTE	VARIABLE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE																																														
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30	P31	P32	P33	P34	P35	P36	P37	P38	P39	P40	P41	P42					
PARTICIPANTE 1	2	2	4	4	3	4	4	4	3	2	3	3	3	2	3	3	4	3	4	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	1	4	2	3	4	2		Enfermera			
PARTICIPANTE 2	4	4	3	2	2	4	4	5	5	1	1	2	4	2	5	4	5	5	3	4	3	1	1	1	1	4	4	5	4	4	4	3	2	3	4	1	3	4	1	3	4	4	1	2	Médico		
PARTICIPANTE 3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	Enfermera		
PARTICIPANTE 4	3	4	3	2	4	3	4	4	3	2	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	2	4	2	2	2	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	Enfermera		
PARTICIPANTE 5	4	4	3	2	4	4	3	5	5	1	1	1	3	3	5	5	5	5	4	4	4	4	3	1	1	1	3	3	5	3	4	4	3	4	4	3	4	4	1	4	3	4	4	1	Médico		
PARTICIPANTE 6	2	1	1	1	2	3	3	4	5	2	1	4	2	3	5	5	5	4	3	5	2	1	1	3	3	5	5	2	4	1	3	3	2	5	5	2	1	5	5	5	2	5	Médico				
PARTICIPANTE 7	2	2	2	4	2	3	5	3	2	2	2	2	2	4	4	4	5	4	2	1	5	4	2	1	3	5	5	3	2	4	2	4	3	5	5	2	2	2	5	5	5	4	Médico				
PARTICIPANTE 8	5	1	5	1	4	4	2	4	4	1	1	5	3	4	4	3	4	4	5	2	1	4	4	3	4	4	4	3	2	1	4	4	5	1	4	5	1	4	5	1	4	1	1	Enfermera			
PARTICIPANTE 9	4	3	4	3	4	4	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	2	4	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	Enfermera			
PARTICIPANTE 10	2	1	1	1	2	1	5	3	3	1	5	5	4	1	1	2	1	1	3	1	1	5	1	1	1	5	3	5	1	5	3	5	5	5	2	3	4	4	5	2	3	4	3	Enfermera			
PARTICIPANTE 11	5	4	5	2	4	5	4	5	4	4	5	4	5	3	1	3	2	4	4	5	5	4	5	5	5	4	2	4	4	4	2	4	3	5	2	4	5	2	2	2	3	2	Enfermera				
PARTICIPANTE 12	5	5	5	5	3	3	5	1	1	3	4	2	5	4	5	5	4	5	5	5	3	1	2	1	3	4	4	1	3	2	2	3	1	2	4	5	4	5	5	4	3	4	3	Médico			
PARTICIPANTE 13	5	4	2	2	4	4	3	5	5	4	4	5	5	4	4	3	4	4	4	4	2	3	4	3	4	4	5	3	2	4	3	4	1	3	3	4	4	1	3	3	4	4	3	Enfermera			
PARTICIPANTE 14	4	4	5	2	5	4	2	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	2	2	2	3	4	5	2	1	5	2	1	5	2	4	4	4	Enfermera			
PARTICIPANTE 15	4	5	4	5	4	3	3	3	3	3	4	4	4	3	1	4	3	4	4	4	3	3	3	3	4	2	4	3	4	1	2	3	2	5	3	1	3	1	2	3	4	1	4	4	Enfermera		
PARTICIPANTE 16	4	4	4	2	4	4	3	2	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	1	4	2	4	3	4	3	2	3	2	3	3	4	2	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	Enfermera		
PARTICIPANTE 17	4	3	4	3	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	2	3	3	4	4	4	4	Enfermera		
PARTICIPANTE 18	2	3	3	3	1	1	5	1	1	5	5	2	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	2	3	3	3	1	1	5	5	2	2	5	1	5	3	1	5	3	Enfermera	
PARTICIPANTE 19	4	4	4	2	3	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	2	2	3	4	4	2	2	4	3	4	4	2	3	2	Enfermera		
PARTICIPANTE 20	4	4	3	2	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	Enfermera
PARTICIPANTE 21	5	4	5	2	3	4	3	4	4	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4	2	3	4	4	4	3	3	4	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	4	3	4	3	2	3	3	3	Enfermera	
PARTICIPANTE 22	3	3	4	3	3	3	2	4	3	2	4	5	3	3	4	5	3	3	4	5	3	1	3	3	4	3	2	2	2	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	Enfermera
PARTICIPANTE 23	4	2	4	4	4	3	3	2	3	3	1	4	4	3	3	4	3	3	3	3	2	3	3	3	4	2	5	5	1	5	5	5	3	4	4	4	4	3	3	2	2	4	2	3	Enfermera		
PARTICIPANTE 24	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	3	3	4	4	1	4	3	4	1	4	3	4	4	1	4	3	4	3	4	3	4	3	4	Médico		
PARTICIPANTE 25	2	2	5	4	3	1	3	1	4	4	4	5	1	5	2	2	2	2	2	1	2	2	1	4	2	2	5	2	3	5	3	2	1	4	3	5	4	3	5	4	5	5	5	1	Enfermera		
PARTICIPANTE 26	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3	3	4	2	3	4	2	2	3	3	3	4	4	3	4	Médico		
PARTICIPANTE 27	5	1	5	1	3	4	4	5	4	4	1	5	4	4	5	5	4	5	5	3	4	4	5	5	1	1	2	3	4	1	1	5	5	1	1	5	1	5	1	5	4	4	4	4	Enfermera		
PARTICIPANTE 28	3	4	3	2	3	3	4	4	4	3	2	3	3	3	4	3	4	4	3	2	2	3	4	3	2	2	3	5	3	5	3	2	5	3	3	3	3	3	4	5	3	5	3	5	3	Enfermera	
PARTICIPANTE 29	5	5	5	5	5	4	3	5	5	1	1	5	5	5	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	1	2	3	3	1	2	5	1	4	4	1	4	4	2	2	4	4	4	4	Enfermera	
PARTICIPANTE 30	5	2	5	4	4	2	4	4	4	4	4	5	4	2	4	4	4	4	4	2	4	4	2	1	5	2	2	4	1	4	4	2	4	2	4	2	4	2	4	2	2	4	4	4	1	Enfermera	
PARTICIPANTE 31	4	4	2	2	4	4	1	4	3	3	1	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	2	4	4	4	4	3	3	4	3	1	2	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	4	4	Enfermera		
PARTICIPANTE 32	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	5	2	3	5	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	3	3	3	Médico		
PARTICIPANTE 33	4	2	4	4	4	3	2	3	2	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	2	4	2	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	4	4	4	1	Enfermera		
PARTICIPANTE 34	4	3	4	3	4	4	3	3	4	2	3	5	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	2	5	5	3	2	3	2	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	Enfermera	
PARTICIPANTE 35	3	3	3	3	3	3	5	3	2	3	2	4	3	2	3	4	3	3	3	1	2	2	4	1	3	3	2	3	3	3	3	4	3	2	3	3	4	3	3	4	3	2	3	3	3	Enfermera	
PARTICIPANTE 36	3	3	4	3	4	4	5	3	4	3	3	4	5	5	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	5	5	3	2	3	5	3	4	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	Enfermera	
PARTICIPANTE 37	3	3	3	3	3	3	3	1	1	5	2	4	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	5	5	5	2	4	3	5	3	3	3	5	3	3	3	5	3	3	5	3	3	Enfermera	
PARTICIPANTE 38	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	3	2	4	4	3	4	3	2	4	3	3	3	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	Enfermera	
PARTICIPANTE 39	3	2	3	4	3	1	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	4	5	4	2	3	3	2	3	4	4	2	4	2	4	5	4	3	4	3	3	3	4	4	3	4	4	3	4	4	3	Médico
PARTICIPANTE 40	2	4	2	2	2	2	4	4	4	2	2	4	2	2	1	1	2	4	2	2	2	2	2	2	4	2	2	2	1	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	Médico
PARTICIPANTE 41	5	3	5	3	2	2	4	1	2	4	3	5	5	5	4	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	2	3	3	2	1	2	5	5	5	5	5	5	5	2	5	5	2	2	5	Enfermera
PARTICIPANTE 42	3	3	2	3	4	3	4	3	3	2	4	4	3	3																																	