



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Cultura de seguridad del paciente en personal asistencial de
emergencia y hospitalización de un hospital nivel II, Lima – 2022

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Quispialaya Cosme, Maribel Cristina ([orcid.org//0000-0002-8227-902X](https://orcid.org/0000-0002-8227-902X))

ASESORA:

Dra. Diaz Mujica, Juana Yris ([orcid.org//0000-0001-8268-4626](https://orcid.org/0000-0001-8268-4626))

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA - PERÚ

2022

Dedicatoria:

A Dios que es mi fortaleza; a mi querida familia por apoyarme siempre, a mis amados hermanos: por ser mi soporte; a mi madre por sus sabios consejos y ser ejemplo de responsabilidad y rectitud; a mi padre ejemplo de hombre digno, honesto.

Agradecimientos:

A mi centro de trabajo por permitirme ser parte de esta gran familia y brindarme las facilidades para poder desarrollar la presente investigación. A mis docentes de maestría por brindarme sus valiosos conocimientos experiencias y enseñanzas para lograr mi objetivo trazado.

Índice de contenidos

	Página
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	3
III. METODOLOGÍA	12
3.1 Tipo y diseño de investigación	12
3.2 Variable y operacionalización	13
3.3 Población (criterio de selección), muestra muestreo. Unidad análisis	13
3.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos	14
3.5 Procedimientos	15
3.6 Métodos de análisis de datos	15
3.7 Aspectos éticos	15
IV. RESULTADOS	16
V. DISCUSIÓN	26
VI. CONCLUSIONES	33
VII. RECOMENDACIONES	34
REFERENCIAS	35
ANEXOS	41

Índice de tablas

	Página	
Tabla 7	Contrastación de hipótesis en la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización.	22
Tabla 8	Contrastación de hipótesis en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad en el área de trabajo	23
Tabla 9	Contrastación de hipótesis en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección	24
Tabla 10	Contrastación de hipótesis en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación	25
Tabla 11	Contrastación de hipótesis en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión sucesos notificados	26
Tabla 12	Contrastación de hipótesis en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión sucesos notificados	27
Tabla 13	Contrastación de hipótesis en la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad desde la atención primaria	28

Índice de Gráficos y Figuras

	Página
Figura 3 Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización	16
Figura 4 Cultura de seguridad del paciente en su dimensión 1: Seguridad en el área de trabajo	17
Figura 5 Cultura de seguridad del paciente en su dimensión 2: Seguridad brindada por la dirección	18
Figura 6 Cultura de seguridad del paciente en su dimensión 3: Seguridad desde la comunicación	19
Figura 7 Cultura de seguridad del paciente en su dimensión 4: Sucesos Notificados	20
Figura 8 Cultura de seguridad del paciente en su dimensión 5: Seguridad desde la atención primaria	21

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo comparar la cultura de seguridad del paciente entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II, 2022. Para llevarla cabo se realizó una metodología de tipo básica, cuantitativa, con un diseño no experimental – descriptivo y un nivel comparativo. Contó con una muestra de 217 profesionales de salud que trabajan en los servicios de emergencia y hospitalización. La técnica usada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario sobre seguridad de pacientes de la Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), versión española 2005, encuesta tipo Likert, en donde el índice de confiabilidad fue una puntuación de Alpha de Cronbach = 0.742.

Los resultados obtenidos mostraron que hay diferencia significativa en la cultura de seguridad del paciente con una significancia de $p = 0,000 < 0.05$. lo cual se obtuvo con el test U de Mann Whitney. Se llegó a concluir que existe diferencia significativa en la cultura de seguridad del paciente entre la personal asistencia del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II-2022.

Palabras clave: Cultura, seguridad, paciente

Abstract

The objective of this research was to compare the patient safety culture among the care personnel of the emergency service and hospitalization of a level II hospital, 2022. To carry it out, a basic, quantitative methodology was carried out, with a non-experimental design - descriptive and a comparative level. It had a sample of 217 health professionals who work in emergency and hospitalization services. The technique used was the survey and the instrument was the Patient Safety Questionnaire of the Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), Spanish version 2005, Likert-type survey, where the reliability index was a Cronbach's Alpha score = 0.742.

The results obtained showed that there is a significant difference in the culture of patient safety with a significance of $p = 0,000 < 0.05$. which was obtained with the Mann Whitney U test. It was concluded that there is a significant difference in the culture of patient safety between the personal assistance of the emergency service and hospitalization of a level II-2022 hospital.

Keywords: Culture, safety, patient

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la (OMS) Organización Mundial de la Salud define la seguridad del paciente (SP) como una ausencia de un daño ya sea real o potencial, que estén asociada a una atención sanitaria. Por ende, es esencial para poder evitar las posibles causas ante un daño y mejorar la atención brindada durante tu estancia en el establecimiento, así mismo tener una cultura positiva sobre seguridad del paciente CSP positiva (Conaned 2018) Define SP como un conjunto de percepciones, actitudes, valores y competencias para poder brindar una atención al usuario libre de los riesgos durante su estancia en la institución de salud.

Ante la seguridad del paciente los efectos adversos en los distintos nosocomios de la Latinoamérica, mencionan que los 13 ,290 usuarios de 60 establecimientos que brindan atención medica de 9 países su tasa de eventos adversos fue un total de 64% considerando con el 6% evitable durante su atención recibida en las diferentes instituciones de salud (Santiago-González et al., 2020).

Dada que dentro de la Unión Europea uno de cada 28 pacientes atendidos sufre algún daño al recibir una atención sanitaria en los distintos establecimientos de salud. Así mismo la notificación de los eventos adversos en los últimos años se han incrementado, lo cual pone en riesgo la CSP en los diferentes países (Vásquez-Santos et al., 2019).

En vista la situación las Organizaciones del Consejo Europeo y sus autoridades sanitarias de muchos países asistieron a la conferencia donde coordinaron las diversas iniciativas, estrategias y programas para reducir el impacto de estos efectos adversos, entre ellos destacaron una Alianza para la reducción de daños ocasionados durante una intervención realizada en las distintas instituciones de salud (Abasabadi & Farrokhi et al., 2018).

Por otro lado, a nivel de Perú el MINSA a través de la Resolución Ministerial N° 727- 2009 decidió hacer obligatorio el cumplimiento del reporte y seguimiento de los distintos eventos ocasionados en los nosocomios de Salud, considerando que las estrategias de seguridad del paciente requieren acciones importantes sobre

los cambios de cultura en el País. Por ende, aprueban la verificación de la cirugía segura en los distintos procedimientos que se realizan al paciente, por el cual es adaptado de acuerdo a los distintas prácticas clínicas de los establecimientos que brindan atención al usuario (López et al., 2018).

En la institución donde brindan atención médica en las diferentes especialidades, el personal que atiende al usuario no cuenta con un enfoque claro sobre la SP, por los distintos eventos adversos reportados, sucesos notificados, problemas administrativos, quejas, reclamos del paciente durante su estancia hospitalaria, inconformidad de la atención en las diferentes áreas del establecimiento. Así mismo los reclamos por la demora para que se le brinde una atención. La falta de escuchar al paciente, familiares, encargados del cuidado de ellos provoca que la CSP sea más riesgoso porque no tiene la confianza adecuada de expresar las emociones, miedo que tienen al no encontrar soluciones sobre el problema que presenta. Actualmente la institución no cuenta con un área, departamento especializado encargado para mejorar la CSP donde los usuarios puedan presentar algún reclamo, queja, sugerencia sobre su atención recibida. Hasta hoy en día no se puede evidenciar datos estadísticos es por ello que se está realizando esta investigación como base.

Ante lo expuesto se plantea la pregunta de investigación. ¿Cuál es la diferencia de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial en los servicios de hospitalización y emergencia de un hospital nivel II, 2022?. Así mismo como preguntas específicas: ¿Cuál es la diferencia de la cultura de seguridad del paciente en sus dimensiones, seguridad brindada desde el área de trabajo, Dirección, comunicación, atención primaria en el personal asistencial entre los servicios de hospitalización y emergencia de un hospital nivel II, 2022?.

El panorama del estudio que ofrece en esta investigación es muy prometedor, es una herramienta que servirá como ayuda en los distintos procesos, mejoramiento de los distintos procedimientos de las prácticas clínicas en la institución. Por ende, ayudará a realizar una atención segura libre de cualquier daño que pueda ser ocasionado por algún procedimiento invasivo durante su estancia en el establecimiento Soto Aranda Lizbeth (2020).

Por lo tanto, la justificación práctica de este estudio es de gran relevancia asistencial ya que ayudara a conocer la CSP AHRQ español (2009) en todo el personal que labora en el servicio de hospitalización y emergencia, de esa manera poder brindar una atención de salud segura, libre de complicaciones o accidentes, así mismo disminuir la incidencia de los eventos adversos en los procedimientos que se realiza durante su estancia hospitalaria. La relevancia metodológica se dará por la aplicación de un diseño no experimental, descriptivo comparativo, así como el uso de instrumento validado que servirán como referencia para futuros investigaciones que estén relacionados con el tema. En la justificación social ayuda a obtener el conocimiento de la realidad acerca de la CSP, en los trabajadores y por ende se podrá implementar capacitaciones que beneficiaran a los pacientes, familiares y la comunidad en general que se atiende en el establecimiento.

Siendo el objetivo general: Comparar la cultura de seguridad del paciente entre el personal asistencia del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II, 2022. Por ende, en los objetivos específicos mencionamos: Comparar la cultura de seguridad del paciente en sus diferentes dimensiones, seguridad desde el área de trabajo, seguridad brindada desde la dirección, comunicación, sucesos notificados, desde la atención primaria entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II, 2022.

Como hipótesis general: Existe diferencia significativa de la cultura de seguridad de seguridad del paciente entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II, 2022. Por lo consiguiente se menciona las hipótesis específicas: Existe diferencia significativa en la cultura de seguridad del paciente en las diferentes dimensiones, seguridad del área de trabajo, Dirección, comunicación, frecuencia de sucesos notificados, desde la atención primaria entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II, 2022.

II. MARCO TEÓRICO

Desde este contexto, la CSP según la OMS refiere que es un problema de salud pública porque el daño se le causa directamente al paciente con los malos procedimientos que se realizan y que pueden llevar consecuencias graves, hasta

la muerte del usuario (Buitrago & Otero 2021) mencionaron que para mejorar la CSP se requieren de muchas acciones que estén destinadas a las atenciones que se le brindan desde que ingresa al nosocomio hasta su salida, por ende se debe de llevar un control estricto de los incidentes que sucedan durante la jornada laboral del personal de salud.

A Nivel Nacional tenemos a Contreras (2021), en su estudio sobre los riesgos de la CSP y cómo prevenir los eventos adversos durante su atención. De igual manera. García (2020), halló dependencia entre la variable de estudio del hospital Sergio Bernales. En otra perspectiva Soto Aranda Lizbeth (2020) busco explorar la gestión de la CSP en prevención a los diferentes eventos adversos en un hospital público, encontrando como hallazgos el estudio alcanzando con el 40% un nivel alto, el 50% un nivel medio, un 10% un nivel bajo en la población de estudio.

En el mismo sentido Suarez (2020) bajo un enfoque cuantitativo no experimental, en su resultado refiere que existe una relación moderada entre la CSP, por otro lado, existe relación moderada positiva en las dimensiones, comunicación, jornada laboral, competencias profesionales, en cuanto a las conclusiones refiere que la sobre carga laboral implica sobre la SP , es por ello que refiere a la institución que tiene que mejorar en la dotación del personal por los diferentes servicio para poder brindar una atención libre de riesgos. Por su parte Gutiérrez (2020) refiere a través del apoyo de todo el equipo de trabajo se puede mejorar la CSP en los distintos servicios de la institución de salud.

Por su parte Mundo (2018), bajo su estudio descriptivo-comparativo, que incluyo a 90 licenciados, encontró que en el servicio de emergencia el 58.4% obtuvo un nivel medio 41.6% nivel alto y en el servicio de hospitalización el 57.5% un nivel medio, el 42.5% nivel alto. Concluyo que el personal necesita recibir capacitaciones para la atención al usuario. Por su parte Figueroa (2018), refiere que en su resultado en el servicio de emergencia el 50% se encuentra en un nivel medio y el servicio de hospitalización 40% se encuentre en un nivel bajo. Así mismo Mosqueira (2018) en su conclusión refiere que existen diferencias significativas en la CSP en los servicios de emergencia y hospitalización en un hospital privado.

En referencia al estudio Cieza (2018) en su resultado respecto a la variable SP el 64.9% respondieron de manera positiva, el 35.1% no alcanzo un nivel de fortaleza. Concluyo que SP en el personal que labora en la institución necesita mejorar los aspectos en el trabajo en equipo para poder realizar las actividades laborales, por ende, debe ser una prioridad las atenciones de brindar al usuario. Desde otra perspectiva Quispe (2018) llego a la conclusión de que se necesita lograr una transformación de la CSP donde se aprenden de los erros y no juzgar con totalidad y que el personal que labora tiene que cambiar diferentes actitudes frente a la atención que brindan a los pacientes que acuden al establecimiento de salud.

A nivel internacional destacamos el artículo de Orszag (2021), quienes reflexionaron sobre la CSP en relacionados con la atención primaria, se encontró que estos son leves y de mayor predominio en el servicio de emergencia, por ello se están trabajando en mejorar la seguridad para evitar las incidencias de eventos durante el proceso de la atención sanitaria. También fue necesario evaluar las estrategias de manejo del paciente desde el enfoque de prevención y seguridad (Behrad et al., 2020) el estudio mostró distintas debilidades que tienen que ser fortalecida para mejorar la organización de la atención que se le brinda al paciente y mejorar la CSP en los distintos servicios. Por lo consiguiente Rocco (2019) identifico las debilidades que podrían mejorar en diferentes aspectos para poder implementar, formular estrategias en la CSP en los diferentes servicios.

Por su parte Leistikow (2019) se centró que la dotación del personal se tiene que mejorar para poder brindar una mejor SP. Así mismo necesitan fortalecer varios aspectos en diferentes servicios, los jefes y sub coordinadores tienes que realizar cambios para el fortalecimiento de las distintas practicas clínicas que se realizar en la institución de salud. Desde otra perspectiva Otchi (2019). Tuvo como objetivo promover la CSP en el personal asistencia del servicio de cirugía de un hospital público. Así mismo menciona que en la institución se debe implementar la tecnovigilancia en el cual servirá para mejorar la CSP y las atenciones que se le brindan a los usuarios. Así mismo, el artículo de (Simsekler & Clarkson 2020), examino entre la gestión de riesgos y los incidentes de SP en los hospitales, encontró en sus resultados que los hospitales con el nivel más alto de gestión de

riesgos informan más incidentes y demuestran una dependencia entre la gestión de riesgos y los datos de incidentes de SP.

En referencia al estudio de (Vincent & Amalberti 2019) Llegaron a la conclusión. Promover la CSP en el personal del servicio de centro Quirúrgico. Así mismo mencionan que en la institución, los Directivos no muestran ningún interés en mejorar la SP, los incidentes que ocurren no son reportados por miedo a despidos. Por lo consiguiente el personal que labora no es suficiente necesitan mejorar su dotación del personal en el servicio, por ello no cuentan con suficientes recursos para realizarlo. También Ramos (2020) en sus resultados mencionan el 41.2% presentan una CSP positiva y el 58.9% presentan una CSP negativa. Así mismo (Wahlin et al., 2019) en sus resultados menciona que el 61,5% un CSP negativa, el 53,8% un CSP positiva, Concluyen que los reportes de los eventos adversos no están siendo bien notificados ante el departamento de cada servicio de la institución.

Por lo consiguiente una vez culminada los estudios previos es necesario mencionar sobre el abordaje teórico de la variable, haciendo un acercamiento histórico sobre la CSP, lo cual comenzó en la década de 1990 bajo un enfoque dirigido al usuario para poder disminuir los daños e identificar la causa que lo ocasiona, haciendo un análisis de los incidentes ocasionados por un evento adverso que si no es atendido a tiempo puede llevar a errores catastróficos. Por lo consiguiente se amplía la necesidad de conceptos sistemáticos que estén dirigidos a la atención de usuario (Muiño et al., 2019)

Así mismo en el informe publicado por National Quality Forum en los EEUU, menciona los protocolos para mejorar la SP en los distintos procesos sistemáticos que estén relacionados en disminuir los errores que pueden ser ocasionados en distintos servicios, una vez identificado el problema se podrá mejorar de una forma proactiva la CSP que se le brinda al usuario durante su atención (Agencia de calidad del SNS, 2009) Implementan la necesidad de actuar ante la SP para que el personal tengue un enfoque claro, preciso sobre la seguridad brindada al usuario y pueda disminuir los eventos ocasionados dentro de una organización que estén basadas con una comunicación asertiva, con un compromiso leal responsable para poder prevenir los incidentes y mejorar la calidad de atención que se le brinda al

usuario. Así mismo refiere que siempre tiene que estar monitorizado por el departamento encargado, ya que ellos tienen la obligación de tomar decisiones que beneficien tanto al personal de salud como al paciente.

Ahora bien, en los cimientos que están basados en distintos enfoques sistemáticos de la Agencia para las Investigaciones en el Cuidado y Calidad en Salud (AHRQ) se basa en la calidad asistencial que requieren elementos fundamentales para el desarrollo. En el cual están distribuidos en estructura, procesos y un resultado de la CSP, cual es parte primordial para un sistema de salud asistencial positiva. Las atenciones que se le brindan al usuario tienen que estar libres de algún daño ocasionado, ya que la calidad se mide bajo distintos parámetros donde están basados en el cuidado sobre la SP (Tupac et al., 2019). Donde se entiende SP a la disminución del daño ocasionado durante su atención médica en los distintos establecimientos de salud, ya que los eventos son más ocasionados cuando se realiza alguna intervención o procedimiento al usuario.

Por ende, es primordial manejar distintos protocolos de seguridad que se tienen que tener en cuenta ante la CSP ya que todos están relacionados en mejorar la seguridad (Slawomirski & Klazinga 2018) así mismo están basados en los principios fundamentales, éticos que todo personal de salud debe cumplir para poder brindar una atención segura y de calidad libre de algún riesgo ocasionado al usuario. Para poder mostrar una seguridad positiva es necesario que la dirección trabaje en conjunto con los grupos que conforman el servicio y todos puedan lograr que el paciente esté libre de sufrir algún daño cuando se le realiza alguno procedimiento o intervención.

Ante lo expuesto, se sustenta la definición de la CSP por the Comité of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care. Council of (2005) es el conjunto de acciones, actitudes que se le brinda al paciente con el objetivo de disminuir los riesgos durante su atención en los distintos establecimientos de salud. La SP es una atención al usuario libre de riesgo o daño que pueda ser recibida durante su hospitalización, procedimientos clínicos realizados, tratamientos que se le brindan durante su estancia en el establecimiento. Así mismo se describen los procesos de prevención de riesgos que se tienen que tener en cuenta ante los resultados esperados de cada intervención que se realiza. La AHRQ define que la

CSP es el conjunto de atenciones que se le brindan al usuario libre de riesgos o cualquier daño que sea ocasionado durante su estancia en el establecimiento, así mismo es primordial el compromiso que se tiene ante el cuidado del paciente.

Siendo la idea anterior, la CSP se evaluará en base a cinco dimensiones, comenzando con la seguridad en el área de trabajo, el trabajo en equipo es la clave esencial que se necesitan en un ambiente hospitalaria porque si todos trabajan en un solo ritmo la carga de atención será mucho mejor. Por ende, los más beneficiados serán los pacientes porque se disminuirá el riesgo de algún incidente ocasionado durante su atención (Sharp & Park 2019) Nos refiere que cada integrante del equipo tiene que pedir ayuda para poder movilizar al paciente. Así mismo menciona que el trato entre los integrantes del servicio tiene que ser con respeto, confianza, honestidad, solidaridad, responsabilidad, para que puedan evitar algún conflicto o mala comunicación en el cambio de turno.

Desde otra expectativa nos menciona (Thomas et al., 2018) que durante el relevo del turno cada integrante del equipo tiene que informar de lo que sucedió que pasaron durante su jornada laboral, así mismo de algún incidente o de material malogrado que estén en mal estado que pueda ocasionar algún daño al usuario. La responsabilidad ante CSP implican bastante en los trabajadores de la institución porque la seguridad depende mucho del cuidado que ellos brindan. Es importante también mencionar que cada miembro del grupo de trabajo que lo conforma hable sobre los errores e incidentes que están pasando en servicio para que de esa manera pueda mejorar la SP. Así mismo es importante la responsabilidad de cada integrante del equipo que pertenece. En otro sentido menciona que el usuario es un ser humano que ingresa a la institución por una ayuda que necesita para mejorar su salud, es por ello que durante su estancia en el establecimiento tiene que sentirse seguro porque está bajo la responsabilidad de profesionales capacitados para el cuidado de su salud.

La segunda dimensión a evaluar es la seguridad brindada por la Dirección, la dirección es una organización que se encuentra comprometida con la SP porque forma personal que estén capacitados en apoyar a todo el trabajador de las distintas áreas de salud que brindan atención al usuario Malinowski (2018) el personal encargado de cada servicio tiene que saber manifestar su molestia de alguna

situación que ponga en riesgo la SP. Así mismo la dirección tiene que evaluar constantemente al personal de salud a través de un instrumento, donde ayudará a conocer el nivel de seguridad que tienen todo el personal que labora en la institución.

En otro sentido el personal tiene que recibir capacitaciones constantemente para el fortalecimiento sobre CSP, para disminuir los riesgos que puedan ser ocasionados al usuario durante su atención (Yosia & Wijaya 2019) nos menciona que los problemas de las distintas áreas tienen que ser informados en cada turno al jefe inmediato de cada servicio, para que puedan buscar una solución inmediata y no comprometa la SP. Por lo consiguiente, el equipo multidisciplinario de las instituciones debe trabajar para mejorar de una forma positiva, proactiva el alto imagen de toda la institución y brindar una buena atención al usuario.

La tercera dimensión a evaluar es la seguridad desde la comunicación, la comunicación es primordial para poder atender al paciente, porque una mala interpretación puede ocasionar daños durante una intervención clínica, o la administración de algún medicamento que no fue reportado podría ocasionar algún daño al usuario. Por tal sentido la comunicación tiene que ser clara y precisa (Malicki et al., 2018) menciona que las palabras siempre tienen que ser bien expresadas de tal manera que el receptor pueda entender el estado del paciente, tanto físico como emocional, psicológica, para que de esta manera el personal pueda actuar de inmediato ante la situación que pueda suceder durante su jornada laboral y no poner en riesgo la seguridad del usuario.

Desde otra perspectiva (Acevedo et al., 2018) menciona que la información brindada ante un reporte del personal de salud siempre tiene que ser precisa, clara, así mismo se tiene que informar algún suceso que estén relacionados con algún incidente que ocurrió durante su estancia del usuario. Por ende, es importantes conocer qué palabras, frases, términos sencillos se tiene que usar para poder explicar al cuidador del paciente, las indicaciones, cuidados que tiene que tener en su hogar.

La cuarta dimensión a evaluar es la frecuencia de sucesos notificados, es fundamental la información oportuna del reporte de los eventos adversos que

sucedan en los distintos servicios de la institución, porque ayudaran a mejorar que no ocurra otros errores graves que podrían afectar con la vida del paciente por no ser notificados en un tiempo determinado Haas & Reynolds (2018) cada miembro del grupo de trabajo están en la obligación de notificar cada incidente que pasa en los distintos servicios que labora Amaniyan & Vaismoradi (2019) Por lo consiguiente se tiene que realizar seguimientos a los eventos adversos reportados, para verificar si hay aumentos o disminución de casos reportados en cada servicio en el cual ayudara a saber cuánto es el porcentaje de mejorar la tasa de los casos reportado de la SP (Ardalan et., al 2018) Los encargados de decepcionar las notificaciones de incidentes son las coordinadoras de cada turno La jefa de línea también reporta al servicio de epidemiología de alguna reacción que presento el paciente por algún medicamento, ellos tienen la capacidad de dar solución de inmediato en mejora del servicio y el bienestar, seguridad del paciente.

Y la última dimensión a evaluar es la SP en la atención primaria. La atención que se le brinda al usuario tiene que ser libre de riesgos y daños desde el momento de ingresa a la institución, el personal de salud es el encargado de brindarle toda la seguridad, confianza, respeto, que requiere el paciente (Sanner et al.,2018) la SP implica también en el ambiente donde se atiende, muchas de las instituciones no tienen un ambiente adecuada para poder brindar atención medica por el alto porcentaje de ingreso del paciente a los distintos establecimientos de salud Thomas et al., (2018) los problemas notificados que son recibidos con las distintas atenciones que se le brinda al usuario, ayuda que la institución mejorar y el usuario se sienta satisfecho por la atención recibida durante su estancia (Zarate & Olvera 2018) Así mismo menciona los componente de la calidad sobre la SP a través de las atenciones del usuario en los procesos metodológicos, científicos los cuales buscan disminuir las incidencias que suceden en las atenciones que se le brinda al paciente.

Por otro lado, el ser humano no es perfecto puede cometer errores ante ello tiene que asumir su responsabilidad sobre la atención que brinden al paciente, nos menciona Reason (2008) en su teoría sistémica refiere que las organizaciones tienen que trabajar en conjunto para el fortalecimiento de la institución donde se puede formular estrategias, capacitaciones sobre seguridad, estrés laboral, trabajo

en equipo, capacitaciones para el fortalecimiento del servicio o grupo de trabajo por ende es primordial tiene que ser siempre la seguridad del usuario Widyakti (2019) la decisiones que toman los gestores en los distintos procesos, que deben ser supervisados a través de la elaboración de políticas que están de acorde a las distintas normas que se tienen que cumplir y el personal se sienta comprometido con la institución donde labora.

Desde otra perspectiva el personal tiene que tener el compromiso de trabajar en equipo para disminuir los incidentes en el área donde laboran. Así mismo en su teoría que Geller & Vengberg (2018) que está relacionado con la CSP describe el comportamiento externo de las personas en la fase de independiente y dependiente, que es muy importante conocer porque se tiene que clasificar según su patología, edad, cual es el tipo de cuidado que se tiene que brindar, los cuidados de los pacientes independientes son más en monitorizar sus actividades que realizan con su baño, alimentación, vestimenta, en caso de pacientes dependientes los cuidados que se le brindan son directamente a ellos porque no tienen la capacidad de realizarlos ellos mismos dependen exclusivamente del personal para realizar sus actividades.

Por ende, se menciona que el personal de salud es el encargado de brindar seguridad al paciente desde que ingrese al establecimiento tanto en lo físico como psicológico Dorothea Orem (1971) en su teoría aplicando los procesos científicos que estén basados en el cuidado. Es por ello que se tienen que priorizar la salud, seguridad, ante los diferentes procedimientos que se le realicen al usuario ya que muchos de ellos pueden llevar a ocasionar daños irreparables si no se tiene los cuidados necesarios ante cualquier intervención, así mismo la comunicación tiene que ser precisa a la hora de informar al paciente sobre las intervenciones se le va a realizar y/o familiar encargado de ello sobre su cuidado que tiene que tener en su hogar.

A si mismo Jean Watson (1963) en la teoría del cuidado humanizado refieren que la evaluación se realiza al paciente con las 3 esferas lo cual está relacionado con el alma, el cuerpo y el espíritu, en donde la enfermera tiene que tener en cuenta ante la valoración de paciente desde que ingresa al establecimiento, así mismo tener en cuenta sus creencias, valores y tradiciones que cada paciente tiene, por

ende los principios básicos del cuidado esta expresado exclusivamente para la atención primaria, por el cual se considera que puede ser utilizado en cualquier ámbito donde el cuidado tiene que ser primordial para que el usuario se sienta satisfecho del cuidado que recibe de todo el personal de salud que trabaja en la institución.

III. METODOLOGÍA

El enfoque de la investigación es cuantitativo porque representa un conjunto de procesos secuenciales con un orden riguroso que partes de los diferentes objetivos y preguntas de la investigación, está elaborado bajo una perspectiva de distintas teorías en función a ellas están establecidos la hipótesis, variable y dimensiones, lo cual será desarrollado bajo el plan establecido del diseño de la investigación, que se persiguen para la comprobación de la hipótesis teniendo como base las mediciones teóricas y el análisis estadístico, por ende se realiza las conclusiones directamente con los objetivos que planteo inicialmente (Hernández et al.,2010).

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Es básica: Porque es un conjunto de procesos sistemáticos y empíricos que se aplica al estudio de un fenómeno (Hernández et al.,2014).

3.1.2. Diseño de investigación

El presente estudio de investigación es no experimental porque no se realizará la manipulación de la variable. Por ende, la variable independiente no varía por el efecto. Así mismo será comparativo porque establecerá la causa de los factores de riesgo que coinciden los determinados problemas con uno o varios, con el fin de determinar el contribuyente del problema, es transversal porque los datos se recolectaran en un solo tiempo y momento teniendo como propósito describir a la variable de estudio en un momento dado (Hernández et al.,2014) (Esquema de diseño de Investigación, anexo 8).

3.2. Variable y operacionalización

Variable 1: Cultura de seguridad del paciente

Definición conceptual

La CSP es el conjunto de actitudes, valores, características de un individuo o grupo de ellos que dan como prioridad primordial la seguridad del usuario en las diferentes atenciones que se le brindan AHQR (2005).

Definición operacional

La CSP es el comportamiento del individuo o grupo de ello en las distintas competencias de actitudes, percepciones, compromiso hacia el manejo de la salud del usuario, en el cual es fundamental la comunicación, confianza mutua en cada integrante del equipo de trabajo, se medirá en 5 dimensiones las cuales son: en el área de trabajo, atreves de la Dirección, comunicación, sucesos reportados y desde la atención primaria recibida.

3.3. Población, muestra, muestreo, unidad análisis

3.3.1. Población

La población es un grupo de individuos o elementos que presentan características similares, o que forman parte de un espacio común y de los cuales se desea realizar un estudio para obtener datos específicos Hernández, Fernández y Baptista (2014) Por ende, la población total del presente estudio estuvo conformado por todo el personal asistencial del servicio de emergencia con 179 y hospitalización 122 que laboran en dicha institución, sumando un total de 301.

Criterios de inclusión

Personal asistencial que labora en el servicio emergencia y hospitalización

Personal de ambos sexos

Personal que esté de acuerdo con participar en la encuesta

Criterios de exclusión

Personal asistencial que no labora en el servicio emergencia y hospitalización

Que estén de vacaciones, licencia, con descanso medico

Personal que no estén de acuerdo con participar en la encuesta

3.3.2 Muestra

La muestra es una parte o subconjunto de la población seleccionada mediante alguna técnica Hernández, Fernández y Baptista (2014) Por ende, la muestra del presente estudio estuvo conformado por todo el personal asistencial del servicio de emergencia con 123 y hospitalización 94, que laboran en dicha institución sumando un total de 217 de un hospital nivel II. Lo cual se obtuvo por el programa de QuestionPro. (2020) para calcular la muestra (Cálculo de muestra en la página QuestionPro, anexo 9).

3.3.3 Muestreo

El muestreo será no probabilístico porque se trabajará por conveniencia de las cifras poblacional que se toma sin depender de probabilidad si no de las diferentes propiedades de estudio de investigación Hernández, Fernández y Baptista (2014)

3.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos

La técnica que se utilizará para obtener los datos en el presente trabajo que es la encuesta porque nos ayudará a recolectar información de los encuestados en base de preguntas formulados en las diferentes respuestas (Hernández, Fernández y Baptista 2010)

El instrumento que se empleará es un cuestionario, que es de la CSP, versión española de la Hospital Survey on Patient Safety- La agencia para la investigación en el cuidado y calidad en salud- AHQR se ha creado en el año (2005). Así mismo fue adaptado al español en el (2009). El cuestionario consta de 28 preguntas, las cuales consta de 5 dimensiones en las que se evaluará, en el área de trabajo, Dirección, comunicación, sucesos notificados, atención primaria (Ficha técnica de CSP, anexo 2.1)

La validez del instrumento de la recolección de datos es el grado en el que un instrumento sea viable y confiable para que nos ayude a obtener los resultados del objetivo de estudio a realizar Hernández, Fernández y Bautista (2014). El instrumento que se utilizó para medir la variable de la CSP, fue creado por AHRQ, (2005), y adaptado al español por el Ministerio de Sanidad en la universidad de Murcia España (2009) desde el cual fue utilizado por distintos investigadores. En el (2018) se aplicó en una institución privada por el cual obtuvo una validez de

constructor a través de juicios de expertos y una confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.709.

Confiabilidad es un instrumento por el cual ayuda a recolectar los datos con diversas opciones de respuesta, lo cual son evaluados por el alfa de Cronbach. La consistencia interna permite la fiabilidad del instrumento a través de distintos ítems en el cual son medidos por el mismo constructor y que están altamente correlacionados Hernández, Fernández y Bautista (2014) La confiabilidad para medir la variable de la CSP es de 0.742 por ende el instrumento es aceptable y procede a su aplicación (Instrumento de confiabilidad, anexo 3).

3.5 Procedimientos

Se solicitó al Director de la institución el permiso para poder realizar el estudio y aplicación de la encuesta una vez obtenido la aprobación, se envió el link con el cuestionario virtual lo cual tendrá una duración de 10 a 15 minutos como máximo.

3.6 Métodos de análisis de datos

Una vez obtenido la información de la encuesta realizada se procedió a organizar las respuestas en una base de datos (Excel) luego se analizó a través de un software SPSS versión 24, en el cual nos permitió establecer los porcentajes de incidencias de las distintas respuestas de los participantes. Para la contrastación de la hipótesis se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney porque las variables de estudio son cualitativas y medidas en una escala ordinal. Además de ser dos muestras independientes. El uso de este estadístico no paramétrico nos permitió contrastar, aceptar o rechazar las hipótesis así mismo los resultados serán presentados en tablas y gráficos estadísticos para su respectivo análisis e interpretación.

3.7 Aspectos éticos

El trabajo de investigación se tuvo en cuenta todas las normas señaladas por la ética, así mismo se tiene el respeto a los distintos autores de los diferentes artículos, tesis, libros que se utilizaran para el estudio, este respeto se utiliza a través del estilo APA según estipulado por la escuela de la Universidad Cesar Vallejo. Por lo consiguiente el respeto por la confiabilidad de los participantes. Así mismo se tomó

en cuenta el consentimiento informado de los participantes por ende se le solicito a cada uno de los participantes indicándole de sus derechos y atribuciones.

IV. RESULTADOS

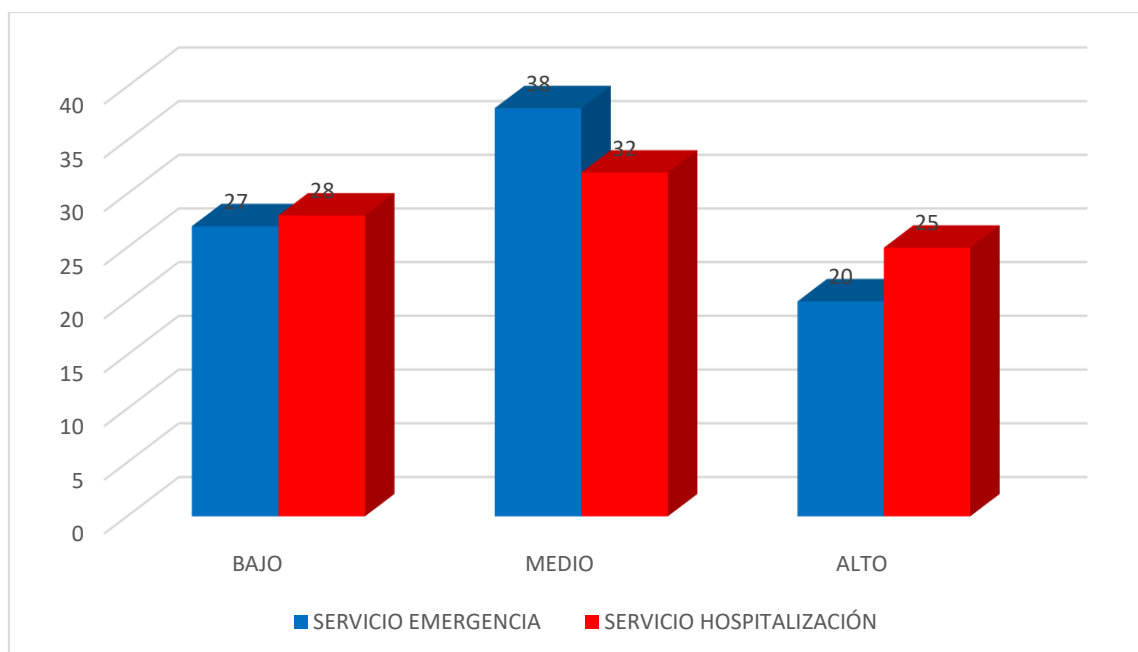
4.1 Descriptivos de los resultados

Tabla 1

Cultura de seguridad del paciente en personal asistencia del servicio de emergencia y hospitalización.

	SERVICIO EMERGENCIA		SERVICIO HOSPITALIZACIÓN	
BAJO	27	31,8%	28	32,9%
MEDIO	38	44,7%	32	37,6%
ALTO	20	23,5%	25	29,4%
TOTAL	85	100%	85	100%

Figura 3 *Cultura de seguridad del paciente en personal asistencia del servicio de emergencia y hospitalización*



En la tabla 1 y figura 3, se evidencia que, en el servicio de emergencia de los encuestados, el 44.7% obtuvo un nivel medio, el 31.8% un nivel bajo, el 23.5 % un nivel alto y en el servicio de hospitalización el 37.6% obtuvo un nivel medio, 32.9% un nivel bajo y el 29.4% un nivel alto de CSP.

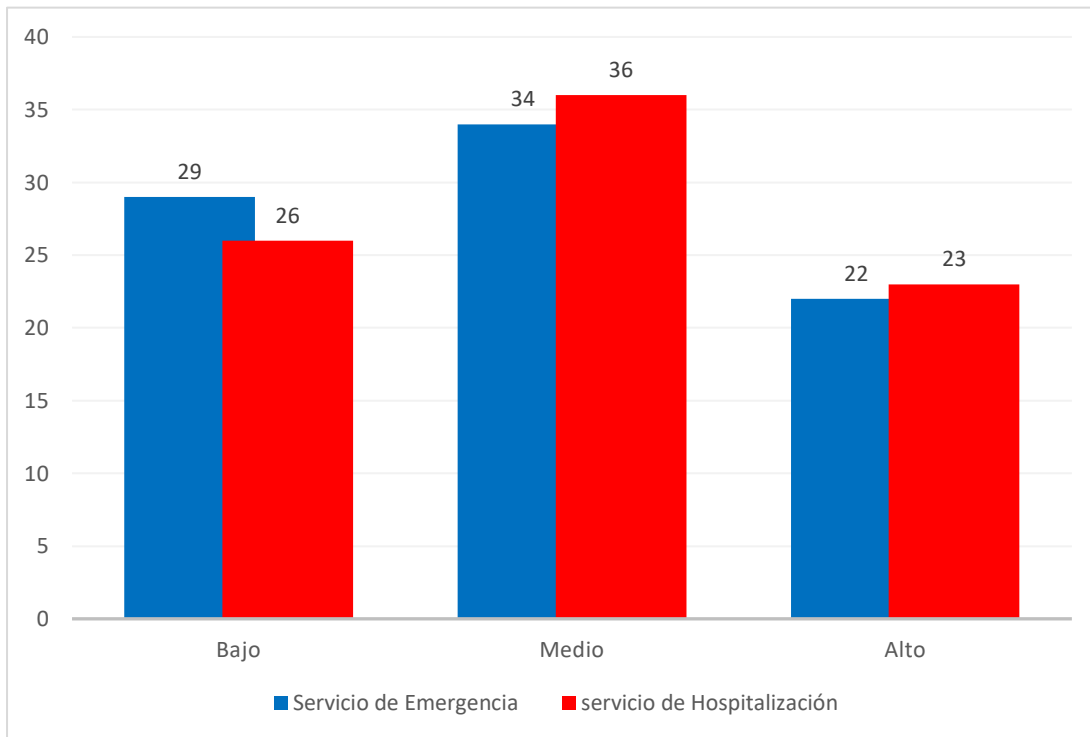
Tabla 2

Seguridad en el área de trabajo

	Servicio de Emergencia		Servicio de Hospitalización	
Bajo	29	34,1%	26	30,6%
Medio	34	40,0%	36	42,4%
Alto	22	25,9%	23	27,1%
Total	85	100,0%	85	100,0%

Figura 4

Seguridad en el área de trabajo.



En la tabla 2 y figura 4, se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 40.0% obtuvo un nivel medio, el 34.1% un nivel bajo, el 25.9 % un nivel alto y en el servicio de hospitalización el 42.4% obtuvo un nivel medio, 30.6% un nivel bajo y el 27.1% un nivel alto de CSP en su dimensión 1: Seguridad en el área de trabajo.

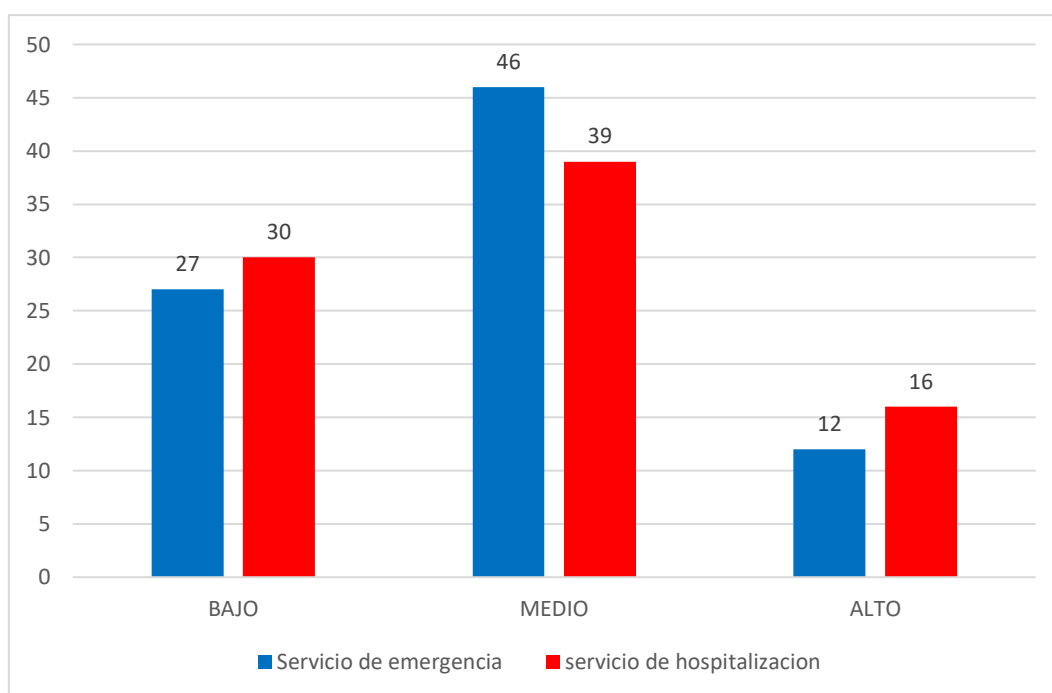
Tabla 3

Seguridad brindado por la dirección

	Servicio de Emergencia		Servicio de Hospitalización	
Bajo	27	31,8%	30	35,3%
Medio	46	54,1%	39	45,9%
Alto	12	14,1%	16	18,8%
Total	85	100,0%	85	100,0%

Figura 5

Seguridad brindado por la dirección.



En la tabla 3 y figura 5, se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 54.1% obtuvo un nivel medio, el 31.8% un nivel bajo, el 14.1 % un nivel alto y en el servicio de hospitalización el 45.9% obtuvo un nivel medio, 35.3% un nivel bajo y el 18.8% un nivel alto de CSP en su dimensión 2: Seguridad brindado por la dirección.

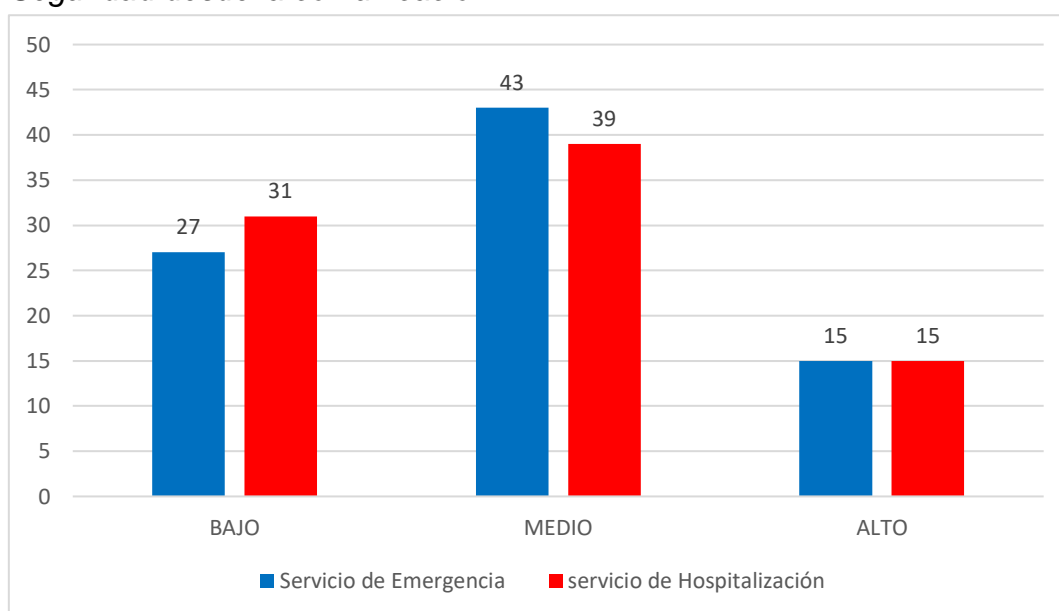
Tabla 4

Seguridad desde la comunicación.

	Servicio de Emergencia		Servicio de Hospitalización	
Bajo	27	31,8%	31	36,5%
Medio	43	50,6%	39	45,9%
Alto	15	17,6%	15	17,6%
Total	85	100,0%	85	100,0%

Figura 6

Seguridad desde la comunicación.



En la tabla 4 y figura 6, se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 50.6% obtuvo un nivel medio, el 31.8% un nivel bajo, el 17.6 % un nivel alto y en el servicio de hospitalización el 45.9% obtuvo un nivel medio, 36.5% un nivel bajo y el 17.6% un nivel alto de CSP en su dimensión 3: Seguridad desde la comunicación.

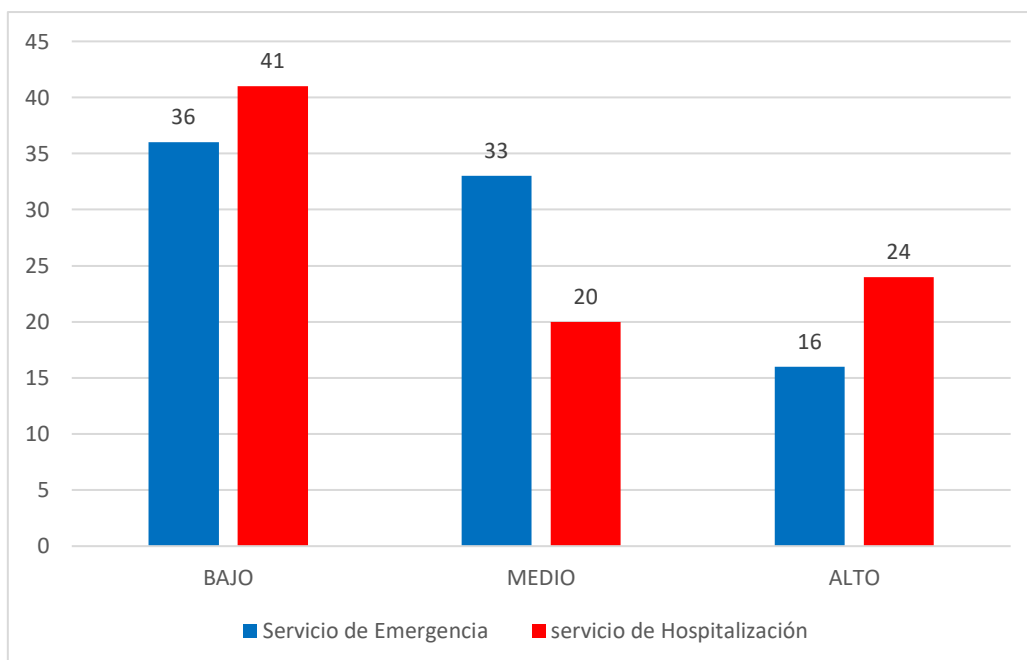
Tabla 5

Sucesos notificados

	Servicio de Emergencia		Servicio de Hospitalización	
Bajo	36	42,4%	41	48,2%
Medio	33	38,8%	20	23,5%
Alto	16	18,8%	24	28,2%
Total	85	100,0%	85	100,0%

Figura 7

Sucesos notificados



En la tabla 5 y figura 7, se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 42.4% obtuvo un nivel bajo, el 38.8% un nivel medio, el 18.8 % un nivel alto y en el servicio de hospitalización el 48.2% obtuvo un nivel bajo, 28.2% un nivel alto y el 23.5% un nivel medio de CSP en su dimensión 4: Sucesos notificados.

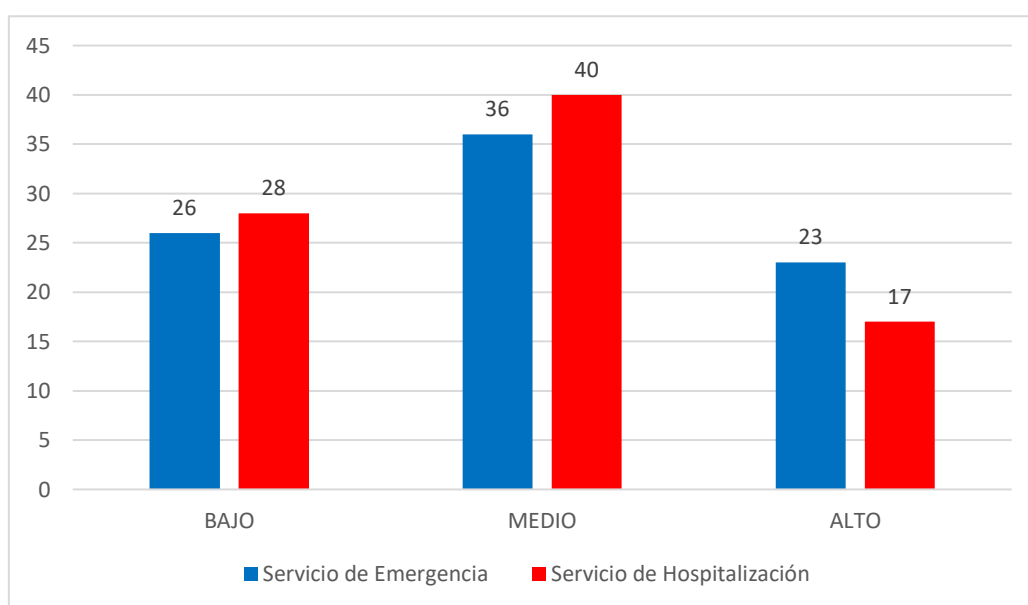
Tabla 6

Seguridad desde la atención primaria.

	Servicio de Emergencia		Servicio de Hospitalización	
Bajo	26	30,6%	28	32,9%
Medio	36	42,4%	40	47,1%
Alto	23	27,1%	17	20,0%
Total	85	100,0%	85	100,0%

Figura 8

Seguridad desde la atención primaria.



En la tabla 6 y figura 8, se evidencia que en el servicio de emergencia de los encuestados el 42.4% obtuvo un nivel medio, el 30.6% un nivel bajo, el 27.1 % un nivel alto y en el servicio de hospitalización el 47.1% obtuvo un nivel medio, 32.9% un nivel bajo y el 20.0% un nivel alto de CSP en su dimensión 5: Seguridad desde la atención primaria.

4.2 Contrastación de hipótesis

Hipótesis general

H0: No existe diferencia significativa de la cultura de seguridad de seguridad del paciente entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II-2022.

Ha: Existe diferencia significativa de la cultura de seguridad de seguridad del paciente entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II-2022

Tabla 6

Contrastación de hipótesis de comparación de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización.

Estadísticos de contraste	
U de Mann-Whitney	13,500
W de Wilcoxon	391,500
Z	-7,340
Sig. asintótica(bilateral)	,000

En la tabla 6, se presenta los resultados para la contratación de la hipótesis general en el cual se ha obtenido al usar el test U de Mann Whitney. El $p= 0, 000 < 0.05$ permite decidir en rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, hay diferencias en la CSP.

Primera hipótesis específica

H0: No existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del área de trabajo entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II-2022.

Ha: Existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad del área de trabajo entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II-2022.

Tabla 7

Contrastación de hipótesis de comparación de cultura de seguridad en su resultado de la dimensión seguridad en el área de trabajo.

Estadísticos de prueba	
U de Mann-Whitney	229,500
W de Wilcoxon	580,500
Z	-3,423
Sig. asintótica(bilateral)	,001

En la tabla 7, se presenta los resultados para la contratación de la hipótesis específica en el cual se ha obtenido al usar el test U de Mann Whitney. El $p=0,001 < 0.05$ permite decidir en rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, hay diferencias en la CSP.

Segunda hipótesis específica

H0: No existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II-2022.

Ha: Existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad brindada por la dirección entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II-2022.

Tabla 8

Contrastación de hipótesis de comparación de cultura de seguridad en su resultado de la dimensión seguridad brindada por la dirección.

Estadísticos de prueba	
U de Mann-Whitney	349,000
W de Wilcoxon	814,000
Z	-2,892
Sig. asintótica(bilateral)	,004

En la tabla 8, se presenta los resultados para la contratación de la hipótesis específica en el cual se ha obtenido al usar el test U de Mann Whitney. El $p=0,004 < 0.05$ permite decidir en rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, hay diferencias en la CSP.

Tercera hipótesis específica

H0: No existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II-2022.

Ha: Existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad desde la comunicación entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II-2022.

Tabla 9

Contrastación de hipótesis de comparación de cultura de seguridad en su resultado de la dimensión seguridad desde la comunicación.

Estadísticos de prueba	
U de Mann-Whitney	380,000
W de Wilcoxon	876,000
Z	-2,680
Sig. asintótica(bilateral)	,007

En la tabla 9, se presenta los resultados para la contratación de la hipótesis específica en el cual se ha obtenido al usar el test U de Mann Whitney. El $p = 0,007 < 0.05$ permite decidir en rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, hay diferencias en la CSP.

Cuarta hipótesis específica

H0: No existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II-2022.

Ha: Existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión frecuencia de sucesos notificados entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II-2022.

Tabla 10

Contrastación de hipótesis de comparación de cultura de seguridad en su resultado de la dimensión frecuencia de sucesos notificados.

Estadísticos de prueba	
U de Mann-Whitney	332,500
W de Wilcoxon	1193,500
Z	-1,208
Sig. asintótica(bilateral)	,227

En la tabla 10, se presenta los resultados para la contratación de la hipótesis específica en el cual se ha obtenido al usar el test U de Mann Whitney. El $p = 0,227 > 0.05$ indica que no se rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, no hay diferencias en la CSP.

Quinta hipótesis específica

H0: No existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad en atención primaria entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II-2022.

Ha: Existe diferencia significativa de la cultura de seguridad del paciente en su dimensión seguridad en atención primaria entre el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de un hospital nivel II-2022

Tabla 11

Contrastación de hipótesis de comparación de cultura de seguridad en su resultado de la dimensión seguridad en atención primaria.

Estadísticos de prueba	
U de Mann-Whitney	380,000
W de Wilcoxon	786,000
Z	-2,261
Sig. asintótica(bilateral)	,024

En la tabla 10, se presenta los resultados para la contratación de la hipótesis específica en el cual se ha obtenido al usar el test U de Mann Whitney. El $p = 0,024 < 0.05$ permite decidir en rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, hay diferencias en la CSP.

V. DISCUSIÓN

A partir de la hipótesis general se logró demostrar que existe diferencia significativa en la CSP entre el personal asistencia del servicio de emergencia y hospitalización, este resultado tiene coincidencias con el hallazgo de Mundo (2018), bajo su estudio descriptivo-comparativo, quien concluyo que existe diferencia significativa en la CSP, según prueba estadística de U de Mann Whitney como resultado que $p=0.04 < 0.05$. De igual forma con el trabajo De Cieza (2018), quien concluye que existe diferencia significativa como resultado que $p=0.02 < 0.05$. Así mismo con el trabajo de Orszag (2021), quien concluye que existe diferencia significativa como resultado que $p=0.00 < 0.05$ en la seguridad del paciente.

Según Sharp & Park (2019) menciona los protocolos para mejorar la SP en los distintos procesos sistemáticos que estén relacionados en disminuir los errores que pueden ser ocasionados en distintos servicios, que brindan atención, una vez identificado el problema se podrá mejorar de una forma proactiva la CSP que se le brinda al usuario durante su atención en el establecimiento de salud.

Así mismo en los encuestados del servicio de emergencia, el 44.7% obtuvo un nivel medio, el 31.8% un nivel bajo, el 23.5 % un nivel alto y en el servicio de hospitalización el 37.6% obtuvo un nivel medio, 32.9% un nivel bajo y el 29.4% un nivel alto de CS. Encontramos similitud con Mundo (2018) quien encontró que en el servicio de emergencia el 58.4% obtuvo un nivel medio 41.6% nivel alto y en el servicio de hospitalización el 57.5% un nivel medio, el 42.5% nivel alto. Así mismo con el trabajo de Orszag (2021) quien encontró que en el servicio de emergencia el 74.1% obtuvo un nivel medio, el 25.9% un nivel alto y del servicio de hospitalización el 62.4% obtuvo un nivel medio y el 37.6% un nivel alto de seguridad del paciente.

De acuerdo al resultado se evidencia que el personal asistencial de emergencia y hospitalización presentan un nivel medio de CS no siendo de gran significancia la diferencia de porcentajes de ambos servicios, se puede expresar por el tiempo de permanencia del grupo asistencia de emergencia en la mayoría de sus casos, mientras que en el grupo de hospitalización puede deber a la carga laboral o falta de personal en el servicio.

A partir de la primera hipótesis específica se logró demostrar que existe diferencia significativa en la CSP en su dimensión seguridad en el área de trabajo entre el personal asistencia del servicio de emergencia y hospitalización, este resultado tiene coincidencias con el hallazgo Contreras (2021), bajo su estudio comparativo, quien concluyo que existe diferencia significativa en la CSP, según prueba estadística de U de Mann Whitney como resultado que $p=0.03 < 0.05$. De igual forma con el trabajo De García (2020) quien concluye que existe diferencia significativa como resultado que $p=0.00 < 0.05$. Así mismo con el trabajo de Soto Aranda Lizbeth (2020), quien concluye que existe diferencia significativa como resultado que $p=0.01 < 0.05$ en la seguridad del paciente.

Según Thomas et al., (2018) menciona que la responsabilidad ante CSP implican bastante en los trabajadores de la institución porque la seguridad depende muchos del cuidado que ellos brindan, es importante también mencionar que cada miembro de los integrantes de grupo que lo forma en el área de trabajo hable sobre los erros e incidentes que están pasando en servicio para que de esa manera pueda mejorar la SP por el cual se verá reflejado en la responsabilidad de cada integrante del equipo que pertenece.

Así mismo en los encuestados del servicio de emergencia, el 40.0% obtuvo un nivel medio, el 34.1% nivel bajo el 25.9 % nivel alto y en el servicio de hospitalización el 42.4% obtuvo nivel medio, 30.6% nivel bajo y el 27.1% nivel alto de la CSP. Encontramos similitud con Contreras (2021) quien encontró que en el servicio centro quirúrgico el 49.8% obtuvo nivel medio 50.2% nivel alto y en el servicio de hospitalización el 61.5% nivel medio, el 38.4% nivel alto. Así mismo en el resultado de Soto Aranda Lizbeth (2020), obtuvo una cultura positiva con el 66.3% y cultura negativa 33.7%, de seguridad.

De acuerdo al resultado se evidencia que el personal asistencial de emergencia y hospitalización presentan nivel medio de CSP no siendo de gran significancia la diferencia de porcentajes de ambos servicios, esto puede ser ocasionada por el personal nuevo (Cas Covid) que ingreso a la institución para el estado de emergencias los cual hasta hoy en día siguen laborando en la institución.

A partir de la segunda hipótesis específica se logró demostrar que existe diferencia significativa en la CSP en su dimensión seguridad brinda por la dirección entre el personal asistencia del servicio de emergencia y hospitalización, este resultado tiene coincidencias con el hallazgo Figueroa (2018), bajo su estudio comparativo, quien concluyo que existe diferencia significativa en la CSP, según prueba estadística de U de Mann Whitney como resultado que $p=0.00 < 0.05$. De igual forma con el trabajo de Gutiérrez (2020) quien concluye que existe diferencia significativa como resultado que $p=0.02 < 0.05$. Así mismo con el trabajo de Suarez (2020), quien concluye que existe diferencia significativa como resultado que $p=0.00 < 0.05$ en la seguridad del paciente.

Según Yosia & Wijaya (2019) nos menciona que los problemas de las distintas áreas tienen que ser informados en cada turno al encargado de línea de cada servicio, para que puedan buscar una solución inmediata y no comprometa la SP, por los consiguiente el equipo, multidisciplinario de las instituciones trabajan para mejora de una forma positiva el alto imagen de toda la institución en el cual laboran.

Así mismo en los encuestados del servicio de emergencia, el 54.1% obtuvo nivel medio, el 31.7% nivel bajo, el 14.2% nivel alto y en el servicio de hospitalización el 45.9% obtuvo un nivel medio, 35.4% nivel bajo y el 18.8% obtuvo nivel alto de CS. Encontramos similitud con Figueroa (2018), quien encontró que en el servicio cirugía el 52.8% obtuvo un nivel medio 47.2% nivel alto y en el servicio de medicina el 49.6% un nivel medio, el 50.4% nivel alto. Así mismo en el resultado de Gutiérrez (2020), obtuvo una cultura positiva con el 49.8% y cultura negativa 50.2%, de mismo modo en el resultado de Suarez (2020), obtuvo una cultura positiva 39.7 y cultura negativa 60.3% de seguridad.

De acuerdo al resultado se evidencia que el personal asistencial de emergencia y hospitalización presentan un nivel medio de CS no siendo de gran significancia la diferencia de porcentajes de ambos servicios, esto puede deberse a que el personal no se siente segura de realizar su malestar que presentan en el servicio por represaría de los altos mandos hacia su persona, o el temor de un despido.

A partir de la tercera hipótesis específica se logró demostrar que existe diferencia significativa en la CSP en su dimensión seguridad brinda por la comunicación entre el personal asistencia del servicio de emergencia y hospitalización, este resultado tiene coincidencias con el hallazgo Orszag (2021), bajo su estudio comparativo, quien concluyo que existe diferencia significativa en la CSP, según prueba estadística de U de Mann Whitney como resultado que $p=0.02 < 0.05$. De igual forma en los trabajos de (Behrad et al., 2020) quien concluye que existe diferencia significativa como resultado que $p=0.01 < 0.05$. Así mismo con el trabajo de Rocco (2019), quien concluye que existe diferencia significativa como resultado que $p=0.03 < 0.05$ en la seguridad del paciente.

Según Acevedo et al., (2018) nos refieren que la información brindada ante un reporte del personal de salud siempre tiene que ser precisa, clara, así mismo se tiene que informar algún suceso que estén relacionados con algún incidente que ocurrió durante su estancia en el servicio. Por ende, es importantes conocer qué palabras, frases, términos sencillos se tiene que usar para poder explicar al cuidador del paciente en las indicaciones brindadas en el cuidado en su hogar

Así mismo en los encuestados del servicio de emergencia, el 50.6% obtuvo nivel medio, el 31.8% nivel bajo, el 17.6 % nivel alto y en el servicio de hospitalización el 45.9% obtuvo nivel medio, 36.5% nivel bajo y el 17.6% nivel alto de CS. Encontramos similitud con Orszag (2021), quien encontró que en el servicio cardiología el 68.3% obtuvo un nivel medio 31.7% nivel alto y en el servicio de traumatología el 51.4% un nivel medio, el 48.6% nivel alto. Así mismo en los resultados de (Behrad et al., 2020), obtuvieron una cultura positiva con el 53.4% y cultura negativa 46.6%, de mismo modo en el resultado de Rocco (2019), obtuvo una cultura positiva 72.1 y cultura negativa 27.9% de seguridad.

De acuerdo al resultado se evidencia que el personal asistencial de emergencia y hospitalización presentan un nivel medio de CS no siendo de gran significancia la diferencia de porcentajes de ambos servicios, esto se debe a que la comunicación no siempre es muy fluida entre ambos servicios por los diferentes procedimientos que se realizan en cada servicio, siempre hay discrepancia en el reporte del paciente.

A partir de la cuarta hipótesis específica se logró demostrar que no existe diferencia significativa en la CSP en su dimensión sucesos notificados entre el personal asistencial del servicio ya mencionados, este resultado tiene coincidencias con el hallazgo Leistikow (2019), bajo su estudio comparativo, quien concluyó que no existe diferencia significativa en la CSP, según prueba estadística de U de Mann Whitney como resultado que $p=0.221>0.05$. De igual forma en el trabajo de Otchi (2019), quien concluye que no existe diferencia significativa como resultado que $p=0.01>0.08$. Así mismo en los trabajos de (Simsekler, & Clarkson 2020), quien concluye que existe no diferencia significativa como resultado que $p=0.310 >0.05$ en la seguridad del paciente.

Según López & Ramírez (2018) nos menciona que es fundamental la información oportuna del reporte de los eventos adversos que suceden en los distintos servicios de la institución, porque ayudaran a mejorar que no ocurra otros errores graves que podrían atentar con la vida del paciente por no ser notificados a tiempo así mismos se tiene que realizar seguimientos a los eventos adversos reportados, para verificar si hay aumentos o disminución de casos reportados en cada servicio en el cual ayudara a saber cuánto es el porcentaje de mejorar.

Así mismo en los encuestados del servicio de emergencia, el 42.4% obtuvo nivel bajo, el 38.8% nivel medio, el 18.9% nivel alto y en el servicio de hospitalización el 48.2% obtuvo nivel bajo, 28.2% nivel alto y el 23.5% nivel medio de cultura de seguridad. Encontramos similitud con el hallazgo Leistikow (2019), quien encontró que en el servicio emergencia el 59.2% cultura negativa 40.8%, cultura positiva y en el servicio de hospitalización el 62.3% cultura negativa, el 37.3% cultura positiva. Así mismo en el resultado de Otchi (2019), obtuvieron una cultura negativa con el 53.4% y cultura positiva 46.6%, del mismo modo en los resultados de Simsekler, & Clarkson (2020), obtuvo una cultura negativa 66.5 y cultura positiva 33.5% de seguridad.

De acuerdo al resultado se evidencia que el personal asistencial de emergencia y hospitalización presentan nivel bajo de CSP no siendo de gran significancia la diferencia de porcentajes de ambos servicios, esto se debe a que no realizan las notificaciones de los diferentes eventos adversos que se están presentando en ambos servicios.

A partir de la quinta hipótesis específica se logró demostrar que existe diferencia significativa en la CSP en su dimensión seguridad desde la atención primaria entre la personal asistencia de los dos servicios ya mencionados, este resultado tiene coincidencias con los hallazgos (Tupac et al., 2019). bajo su estudio comparativo, quien concluyo que existe diferencia significativa en la CSP, según prueba estadística de U de Mann Whitney como resultado que $p=0.00 < 0.05$. De igual forma en los trabajos de Slawomirski & Klazinga (2018) quien concluye que existe diferencia significativa como resultado que $p=0.01 < 0.05$. Así mismo en los trabajos de Sharp & Park (2019) quien concluye que existe diferencia significativa como resultado que $p=0.04 < 0.05$ en la seguridad del paciente.

Según Sanner et al., (2018) nos refieren que la atención que se le brinda al usuario tiene que ser libre de riesgos y daños desde el momento de ingresa a la instrucción, el personal de salud es el en cargado de brindarle toda la seguridad, confianza, respeto, que requiere el paciente. Así mismo mencionan los componentes de la calidad sobre la SP a través de las atenciones del usuario en los procesos metodológicos, científicos los cuales buscan disminuir las incidencias que suceden en las atenciones que se le brinda al paciente.

Así mismo en los encuestados del servicio de emergencia, el 42.4% obtuvo nivel medio, el 30.6% nivel bajo, el 27.1 % nivel alto y en el servicio de hospitalización el 47.3% obtuvo nivel medio, 32.7% nivel bajo y el 20.0% nivel alto de CS. Encontramos similitud con los hallazgos Tupac et al., (2019). quien encontró que en el servicio emergencia el 76.8% cultura positiva 23.2%, cultura negativa y en el servicio de hospitalización el 52.9% cultura positiva, el 47.1% cultura negativa. Así mismo con los resultados de Slawomirski & Klazinga (2018) obtuvieron una cultura positiva con el 62.4% y cultura negativa 37.6%, del mismo modo en los resultados de Sharp & Park (2019) obtuvo una cultura positiva 59.1 y cultura negativa 40.9% de seguridad.

De acuerdo al resultado se evidencia que el personal asistencial de emergencia y hospitalización presentan un nivel medio de CS no siendo de gran significancia la diferencia de porcentajes de ambos servicios, esto se debe a que el personal que labora en el servicio de emergencia no está brindando de manera

adecuada la atención al usuario podría ser la demanda de pacientes, así mismo en hospitalización cuando el personal recibe ingresos seguidos en su turno.

Por lo consiguiente se puede mencionar que en la institución siempre hay quejas de los pacientes por las malas atenciones que recibe de parte del personal que labora en la institución, así mismo se menciona que para realizar la recolección de datos no se alcanzó la cantidad de la muestra por el motivo que algunos personales no quisieron contestar la encuesta por la falta de tiempo, por no tener la aplicación de Whatasapp, y muchos de ellos contestaron por complimiento sin leer bien las preguntas porque varias respuestas se repetían, por tal sentido se tenía se anular la cuenta del participante.

VI. CONCLUSIONES

Primera:

Tras observar los resultados de la hipótesis se puede mencionar que existe diferencia significativa en la CSP entre el personal asistencial de los servicios de emergencia y hospitalización.

Segunda:

Según los resultados observados de la hipótesis, se puede mencionar que existe diferencia significativa en la CSP en su primera dimensión en el área de trabajo.

Tercero:

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede mencionar que existe diferencia significativa en la CSP en su segunda dimensión seguridad brindada por la dirección.

Cuarto:

En definitiva, de los resultados obtenidos se puede mencionar, que existe diferencia significativa en la CSP en su tercera dimensión seguridad desde la comunicación.

Quinto:

Por lo consiguiente de los resultados obtenidos de la hipótesis, se puede mencionar que no existe diferencia significativa en la CSP en su cuarta dimensión sucesos notificados.

Sexta:

Para finalizar de los resultados obtenidos de la hipótesis, se puede mencionar que existe diferencia significativa en la CSP en su quinta dimensión desde la atención primaria.

VII. RECOMENDACIONES

Primera:

Se considera informar a la institución en potenciar la cultura de seguridad, mediante la valoración de la situación, así mismo fomentar el liderazgo y establecer auditoria en el registro de incidentes.

Segunda:

Según lo observado se le orienta a la institución implementar programas para el fortalecimiento, capacitación sobre la evaluación de riesgo en los servicios.

Tercera:

Según el resultado de la hipótesis se le informa al establecimiento que en cada servicio desarrollen sus competencias con el fin de disminuir la puntuación media y de esa manera mejorar la seguridad del paciente.

Cuarta:

Se considera informar a la institución que fortalezcan la comunicación entre el personal asistencial y la dirección para que mejoren el estilo de liderazgo con los colaboradores y de esa manera se incentive la confianza para poder mejorar la comunicación.

Quinta:

Según lo observado se le informa a la institución que el personal reciba capacitación sobre la importancia de las notificaciones de los distintos eventos que suceden durante su formada laboral.

Sexta:

Se considera informar a la institución en realizar capacitaciones sobre la CSP a todo el personal para que puedan mejorar la atención primaria donde podrán brindar una atención libre de algún daño.

REFERENCIAS

- Acevedo T., García R., Care z., et. al (2018). Protocolos de seguridad del paciente *Revista Enfermería Clínica; Tomo 9, p p90-101* Medellín Recuperado de: URL <https://www.proquest.com/wire-feeds/la-fundación-del-movimiento-de-seguridadpaciente/docview/1697923394/se =37408>.
- Abasabadi, M., Reza, H., Mohammad, A., & Farrokhi, M. (2019). Developing a Hospital Disaster Risk Management Evaluation Model. *Risk Management and Healthcare Policy*, 12, 287-296. doi:10.2147/RMHP.S215444.
- Agency for Health Care Research and Quality AHRQ (2005). Patient safety questionnaire: Spanish version of the Hospital Survey on Patient Safety. Ministry of Health. Madrid Spain.
- Agencia de Calidad del Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Agency for Health Care Research and Quality U.S. Department of Health and Human Services (2018) Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2018 User Database Report.
- Amaniyan, S., Ove, B., Logan, P., & Vaismoradi, M. (2019). Learning from Patient Safety Incidents in the Emergency Department: A Systematic Review. *The Journal of Emergency Medicine*, 58(2), 234-244. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.11.015>
- Ardalan, A., Kandi, M., Saberinia, A., Khorasani, D., Khankeh, H., Miadfar, J., Mehranamin, S. (2018). Estimation of Hospitals Safety from Disasters in I.R.Iran: The Results from the Assessment of 421 Hospitals. *PLOS ONE*, 7, 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0161542
- Behrad, P., Heydari, A., Fatemi, F., & Modarresi, A. (2020). Risk factors threatening health care facilities in disasters and emergencies. *BMC Health Services Research*. doi:10.21203/rs.3.rs-15797/v1
- Buitrago Leal, F, Rettberg, A, Wills Otero & Vargas (2021). Estudio de seguridad nacional *Artículo Científico Enfermería. Volumen (21) pp 80-90. Bogotá* URL <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=eds-live>.
- Cieza Herrera Mónica. (2018). Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de hospitalización Hospital Público. [Tesis de maestría, Universidad Cesar Vallejo]. URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/31315>
- Contreras Franco Noeli Alexandra. (2021). Gestión de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en Emergencia Hospital III José Cayetano

Herredia MINSA [Tesis de Maestría Universidad Nacional]. URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/7105>.

Conaed Guerrero Javier. (2018). Alianza Mundial de seguridad del paciente, Ediciones de la OMS. [consultado el 11 mayo 2022] Recuperado de URL https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf.

Dorothea Orem (1971) teoría del Autocuidado. *Revista de enfermería. Volumen. (20) pp 80-92*. Recuperado doi:<https://doi.org/10.1016/j.radonc>.

Figueroa Cortez, María Francisca (2018) Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada [Tesis para la maestría]. URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/49646>.

García Chávez Elda Angela. (2020). Gestión de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en el servicio de emergencia y hospitalización Hospital nivel III [Tesis para la licenciatura] URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/72199>.

Geller C., & Vengberg T., (2018) Assessment of the culture of safety in public hospitals in Brazil. *Revista Latinoamericana de Enfermería . Brazil*. Recuperado de: <https://doi.org/15.1600.2849>

Gutiérrez Huillca Lidhia (2020) Sobrecarga laboral y Cultura de seguridad del paciente en el servicio de Emergencia de una Clínica privada [Tesis de licenciatura]. URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/87711>.

Haas, S., Gawande, A., & Reynolds, M. (2018). The Risks to Patient Safety From Health System Expansions. *JAMA*, 319(17), 1765-1766. doi: [doi: 10.1001 / jama.2018.2074](https://doi.org/10.1001/jama.2018.2074)

Hernández, Fernández y Baptista (2010). Metodología de la Investigación 5ta ed. México: Mc Graw Hill.

Hernández, Fernández y Baptista (2014). Metodología de la Investigación 6ta ed. México: Mc Graw Hill.

Jean Watson (1963) theory and emotional intelligence, a human perspective. *Revista Científica de Enfermería. Volumen (12) pp. 110–116. Brazil*. Recuperado de: <https://doi.org/15.1018/revcubenf/cnf>

- López-Ibarra, T., Becerra, P., Mejía Parado, & E. (2018). La seguridad del paciente Ministerio de Salud. *Revista de enfermería. Volumen. (27) pp 66-72. Brasil*. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.08.002>
- Lopez, V., Puentes, M., & Ramirez, A. (2018). Medición de la Cultura de Seguridad del Paciente en un Hospital Público de Primer Nivel en el Municipio de Villeta. Universidad del Rosario. Colombia: Repositorio Institucional URL. Obtenido de <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12137>
- Leistikow, I., & Huisman, F. (2019). The role of the patient in patient safety: What can we learn from healthcare's history Obtenido de <https://doi.org/10.1177/2516043518791051>
- Malinowski B, K. Krenqli, M., Maingon, P. et al., (2018) Safety Culture and Perioperative Quality at the Volta River Authority Hospital in Akosombo, Ghana. *World journal Surg. Volumen 43: 16*. Ghana. Recuperado de: <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4763>
- Malicki, J., Ritva, B., Bulot, M., Godet, J. Jahnen (2018). Patient safety in external beam radiotherapy, results of the project: Current status of proactive risk assessment, reactive analysis of events, and learning systems in Europe. 123(1), 29 - 36. doi:<https://doi.org/10.1016251604>
- MINSA (2010) Norma técnica de Auditoría de la calidad de atención en salud, 2018. URL: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3811.pdf>.
- Mundo Cabanillas, Mónica Roció (2018) Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una. Clínica privada. Lima [Tesis de maestría Universidad Cesar Vallejo]. URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/20396>.
- Mosqueira Moreno, Roberto Pelayo (2018) Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización. IPRESS de Cajamarca. [Tesis de maestría Universidad Cesar Vallejo]. URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/25783>.
- Muiño Míguez, A. B. et al., (2019). Seguridad em eventos adversos. *Artículo de medicina interna. Volumen (30) pp55-67*. Ecuador. Recuperado de: <https://doi.org/S0212-71992007001200010>.
- Otchi, E., Bannerman, C., & Lartey, S. (2019). Patient safety situational analysis in Ghana. *Journal of Patient safety and risk managment*, 23(6)

- Organización Mundial de la Salud Informe sobre seguridad del paciente (2018)
https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
- Orszag, P. (2021). What Is Risk Management in Healthcare? NEJM Catalyst. Obtenido de [https:// doi.org/10.1056/CAT.18.0197](https://doi.org/10.1056/CAT.18.0197)
- Quispe Condor Yuly (2018) Cultura de seguridad del paciente calidad asistencial Hospital II de Colombia- Es salud. Santa Clara (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional de Colombia.
- QuestionPro. (2020) Para calcular la muestra. Recuperado de: URL <https://www.google.com/search?q=questionpro&sxsrf=ALiCzsYopORwLmcOqFqWaMcwh6IDpDENaA%3A1656633005673>.
- Ramos, S.M. Coca y R.A. Abeldaño (2020) Percepción de la cultura de Seguridad de pacientes en profesionales de una Institución Argentina. Revista Enfermería Universitaria. Volumen 14 (1) pp. 47-53. Argentina. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.12.004>
- Reason J. (2008) Human error: Models and Management. BMJ 2000. Vol 320 pp 368-370. Recuperado de: [https:// doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768](https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768)
- Rocco C. y Garrido A., (2019), Seguridad del paciente y Cultura de Seguridad. Revista Médica Clínica Condes. Volumen 28(5) pp 786-795. Chile. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>
- Sanner, M., Halford, C., Vengberg, S., & Röing, M. (2018). The dilemma of patient safety work: Perceptions of hospital middle managers. Journal of healthcare risk management, 38(2), 47-55. Obtenido de <https://doi.org/10.1002/jhrm.21325>
- Santiago-González, N., D., et al., (2020). Cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad. *Revista de Enfermería Neurológica*. Volumen 18(3) España. Recuperado de: <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v18i3.288>.
- Soto Aranda, Lizbeth Karina (2020) Gestión de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos en el servicio de emergencia de un Hospital Madrid. [Tesis de Doctoral Universidad Complutense]. URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/34153>.
- Simsekler, E., Ward, J. R., & Clarkson, J. (2020). Design for Patient Safety: A Systems-based Risk Identification Framework. *Ergonomics*, 61(8), 1046–1064. [https:// doi.org.1080/00140139.2018.1437224](https://doi.org/10.1080/00140139.2018.1437224)

- Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. (2018) *The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm al national level.* Germany: OECD.
- Suarez Ortiz María (2020) *Cultura de seguridad del paciente y gestión de riesgo del paciente en urgencia de Instituciones nivel III Bogotá [Tesis de maestría Universidad Nacional].* URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/78585>.
- Sharp, A., & Park, S. (2019). Improving health and health care efficiency through risk management. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 3. doi:10.21037/jhmhp.2019.04.02
- Tupac Yupanqui N., et al., (2019) *Calidad de atención y su relación con la fidelización del paciente en la clínica. Revista Científica. Volumen 9(4), 63 – 70 Pakamuros.* Recuperado de: <https://doi.org/10.37787/pakamuros-unj.v9i4.238>
- Thomas M. et al., (2018) *Calidad en la Atención y Seguridad del paciente en el servicio de oncología. Revista Científica de enfermería Volumen 5(3), 102 – 114. Bogotá.* Recuperado de: <https://doi.org/6359433unj.v9i6>.
- Vásquez - Gómez, R., et al.,(2019) *Análisis de reporte de eventos adversos de la Cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta complejidad. Revista científica. Volumen 10(2), 30 –40. Medellín.* Recuperado de: <https://doi.org/10.37787/238976/enfermeria.v18i3>.
- Vincent , C., & Amalberti , R. (2019). Chapter 7: Safety Strategies in Hospitals. En *Safer Healthcare: Strategies for the Real World.* Springer.
- Wahlin, C., Kvarnström,, S., Ohrn , A., & Nilsing , E. (2019). Patient and healthcare worker safety risks and injuries. Learning from incident reporting. Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21679169.2018.1549594>
- Widyakti M., Margono., Dodi I. y Mintarti R. (2019) *Effect of leadership style on Team Work, Patient safety, Performance, and patient safety culture. Indian Journal of Public Health Research and Development. Volume 10 (8) pp 924-929. India.* Recuperado de: DOI: 10.5958 / 0976-5506.2019.02012.6
- Yosia, R., Lestari, F., & Wijaya, O. (2019). *Hospital Safety Index: Assessing the Readiness and Resiliency of Hospitals in Indonesia.* University of Indonesia. doi:10.1108/F-12-2018-0149/full/html
- Zárate-Grajales, S. &Olvera-Arreola, A. (2018) *Factors related to adverse events reported by nursing in intensive care units. Journal of University Nursing.*

Volumen 12(2) pp 63-72.
from:<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2015.03.003>

México.

Recoverd

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de operacionalización de variable

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Rango
La cultura de la seguridad es el conjunto de características y actitudes en organizaciones e individuos que aseguren que, como prioridad esencial, las cuestiones de seguridad reciban en la atención que merecen en razón de su significación con el producto de valores individuales y grupales AHQR (2009).	La cultura de seguridad es el resultado de los valores individuales y de grupo, en las actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento que determinan el compromiso de una organización hacia la salud en el manejo de la seguridad, la cual se caracteriza por una comunicación fundada con la confianza mutua con el usuario, se medirá través de 5 dimensiones las cuales son: área de trabajo, dirección, comunicación, sucesos notificados y la atención primaria. Esta variable fue medida con un instrumento constituido por 28 ítems, cuestionario tipo escala de Likert y valorado entre los niveles alta, media y baja.	Área de trabajo	El personal se apoya Personal suficiente Colaboración en equipo Trato con respeto Jornada laboral agotadora Demasiado personal temporal Sobre carga laboral No más errores por casualidad No sacrificar la seguridad del paciente Trabajo bajo presión Problemas con la seguridad del paciente	1,2,3,4, 5,6,7,8 ,9,10 y 11	Ordinal Muy en desacuerdo (1) En desacuerdo (2) Indiferente (3) De acuerdo (4) Muy de Acuerdo (5)	Alta (97-112) Media (90-96) Baja (76-89)
		Dirección	Comentarios favorables Sugerencia del personal Trabajo a presión Problemas de seguridad	12,13, 14 y 15		
		Comunicación	Informa cambios Se informa los errores Cuestiona decisiones Discuten errores Miedo hacer preguntas	16,17, 18,19 y 20		
		Sucesos Notificados	Notifica errores graves Notifica errores mínimos Notifica errores sin consecuencias	21,22 y 23		

		Atención primaria	El ambiente promueve la seguridad Perdida de información entres servicios Perdida de información en el reporte Seguridad es prioritaria para la dirección Interés después del incidente	24,25, 26,27 y 28		
--	--	-------------------	---	-------------------------	--	--

ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO SOBRE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

INTRODUCCIÓN:

Reciba Ud. mi saludo, soy enfermera de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, me encuentro aplicando un cuestionario auto administrado, con el objetivo de obtener información acerca de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del Hospital nivel II ; para ello solicito se sirva responder en forma veraz las siguientes preguntas, la información recabada será de carácter anónimo, respetando de manera rigurosa el secreto estadístico, además de ello permitirá establecer una línea de base sobre cultura de seguridad, para la posterior implementación de estrategias.

DATOS GENERALES:

Profesión:

¿En qué servicio trabaja?

Edad..... Sexo M..... F.....

Tiempo que labora en su profesión tiempo que trabaja en el hospital Tiempo que labora en su servicio

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de eventos adversos en su servicio. A continuación se plantean enunciados los cuales tendrá que marcar con una "X" según las alternativas presentadas: **Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Indiferente, De acuerdo, Muy de acuerdo**; con una única opción de respuesta, le llevara unos 10 a 15 minutos responderla.

INDICENTE: Es cualquier tipo de error, equivocación, accidente o desviación de las normas o procedimientos, produzca o no daño en el paciente.

SEGURIDAD DEL PACIENTE: Son las actividades dirigidas a prevenir las posibles lesiones o los efectos adversos relacionados con la atención sanitaria

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE AHRQ.

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

Ítem	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Hay apoyo mutuo entre el personal					
2. Cuando hay mucha carga laboral hay suficiente personal para afrontarla.					
3. Todos colaboramos como equipo cuando tenemos mucho trabajo para poder terminarlo.					
4. Todos se tratan con respeto en este servicio.					
5. Cuando la jornada laboral es agotadora a veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente.					
6. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
7. Los errores no se producen más por casualidad.					
8. Suele encontrar ayuda en los compañeros cuando alguien está sobrecargado de trabajo					
9. Trabajamos bajo presión para realizar más cosas demasiado deprisa.					
10. Cuando realizamos más trabajo nunca sacrificamos la seguridad del paciente.					
11. Hay problemas con la seguridad del paciente en este servicio.					

Ítem	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
12. Cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente mi jefa expresa su satisfacción.					
13. Para poder mejorar la Seguridad del Paciente mi jefa considera las sugerencias que le hace su personal.					
14. Mi jefa quiere que trabajemos más rápido cuando aumenta la carga de trabajo, aunque esto ponga en riesgo la seguridad del paciente.					
15. Mi jefa no toma en cuenta los problemas relacionados con la seguridad del paciente que ocurren en el servicio.					

Ítem	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
16. La dirección nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos notificados.					
17. Cuando se comete un error en el servicio se nos informa.					
18. Cuando las autoridades toman acciones o decisiones el personal se siente libre de cuestionarlas.					
19. Para evitar que se vuelvan a cometer errores en este servicio se discute las formas de prevenirlas.					
20. Siento miedo de hacer preguntas cuando algo parece no estar bien.					

Ítem	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
21. Los errores que son descubiertos se notifican y se corrigen antes de que afecte al paciente.					
22. Los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente también se notifican.					
23. Los errores que no han traído consecuencias adversas ni han causado daño al paciente se notifican.					

Ítem	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
24. El ambiente del servicio promueve la seguridad del paciente.					
25. Cuando los pacientes son trasladados de un servicio a otro la información de estos se pierde.					
26. La información importante del paciente se pierde con frecuencia en los cambios de turno.					
27. La seguridad del paciente es altamente prioritaria para la Dirección de la Institución.					
28. Solo después de que ocurre un incidente la Dirección de la Institución parece interesada en la seguridad del paciente.					

Anexo 2.1: Ficha técnica

Instrumento	: Cultura de seguridad de paciente
Autor	: Agency for Health Care Research and Quality (AHQR), Hospital Survey on Patient safety-Version española (2009)
Adaptado	: Mundo Cabanillas, Mónica Roció (2018)
Lugar	: Perú
Preguntas	: 28
Administración	: Individual
Tiempo	:15 minutos
Cantidad de Personas	:68
Calificación	: Escala Likert
Dimensiones	:5 dimensiones, area de trabajo (D1), dirección (D2), comunicación (D3), sucesos notificados (D4) y atención primaria (D5)
Escala	: Negativa, Indiferente, Positiva
Niveles y rangos	: Alto (103- 140), medio (66-102), bajo (28-65)
Confiabilidad	: Alfa de Cronbach 0.709
Baremación:	
D1	:Negativa [11; 25], Neutra [26; 39] y Positiva [40; 55]
D2	:Negativa [04; 09], Neutra [10; 14] y Positiva [15; 20]
D3	:Negativa [05; 11], Neutra [12; 18] y Positiva [19; 25]
D4	:Negativa [03; 07], Neutra [08; 11] y Positiva [12; 15]
D5	: Negativa [05; 11], Neutra [12; 18] y Positiva [19; 25]
D6	: Negativa [28; 65], Neutra [66; 102] y Positiva [102; 140]

Anexo 3: Confiabilidad de instrumento

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,742	28

V1. Prueba piloto para la Cultura de seguridad del paciente

P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24	P 25	P 26	P 27	P 28	
4	5	3	4	4	2	4	3	4	5	4	4	5	2	1	4	5	4	2	4	3	4	5	5	4	3	4	5	
2	2	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	4	4	5	4	4	4	4	3	4	4	4	3	5	4	5	4
5	3	5	4	5	3	4	2	4	4	3	3	4	2	4	4	3	5	3	4	4	5	4	4	4	1	5	4	
4	4	4	4	5	2	3	4	1	5	4	5	4	4	3	4	5	4	2	1	5	4	5	4	5	5	4	5	
2	5	5	5	4	2	4	5	5	4	5	1	4	4	3	5	1	5	5	3	4	5	4	5	4	4	5	2	
5	4	2	4	5	1	5	3	5	3	4	3	5	5	4	3	4	1	3	4	5	4	5	1	3	3	4	5	
1	4	4	4	4	5	4	5	4	5	3	5	4	5	5	4	5	5	4	5	4	5	5	2	4	4	1	5	
5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	3	2	4	4	5	2	5	4	4	4	5	4	4	2	3	5	4	
4	5	5	1	4	3	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4	5	4	3	4	5	2	1	4	5	5	4	5	
5	4	4	1	4	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	4	5	4	5	4	4	5	2	5	
4	5	4	4	5	4	2	4	5	4	5	4	5	5	4	4	5	4	2	1	4	5	4	5	4	4	4	4	
5	4	5	4	4	5	4	5	4	5	2	5	4	3	4	5	1	3	4	5	4	5	4	4	4	5	4	3	4
4	4	5	4	5	1	4	5	4	4	5	5	5	5	2	4	5	5	5	4	5	4	5	5	2	1	4	5	
4	5	4	5	4	5	4	4	5	4	5	5	4	3	5	2	4	2	4	4	5	4	2	4	4	4	4	4	
5	4	5	4	5	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	4	4	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4
4	2	4	3	5	4	4	5	4	5	2	4	3	5	3	5	3	5	5	5	4	4	1	5	3	4	4	5	
5	4	5	4	4	3	4	4	5	4	4	5	2	4	4	4	4	2	4	4	2	4	4	4	4	4	5	5	4
4	4	2	5	4	4	4	5	4	5	4	1	4	4	4	5	2	4	3	4	5	5	4	4	4	4	2	3	
4	2	5	4	1	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	5	5	4	4	3	4	5	4	2	5	5	4	4	
4	4	5	4	5	5	4	4	5	3	4	4	5	4	5	4	2	5	4	4	5	4	1	4	4	5	5	4	

Anexo 4: Base de datos en general

D1 AREA DE TRABAJO											D2 DIRECCION					D3 COMUNICACION					D4 SUCESOS NOTIFICADOS			D5 ATENCION PRIMERIA			
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
3	5	4	2	4	5	2	5	3	4	2	1	2	3	5	3	4	3	5	4	3	5	4	5	3	4	5	4
5	2	2	1	5	3	4	3	1	3	2	3	3	4	3	2	2	3	4	3	2	1	3	5	3	4	3	5
4	3	2	4	3	3	5	3	4	2	5	4	5	3	3	4	3	2	3	2	3	5	2	2	3	3	2	4
2	5	3	4	3	4	1	4	5	2	3	5	3	4	2	4	4	3	2	3	4	4	1	3	3	2	5	5
3	3	5	2	5	2	3	5	2	4	5	2	2	5	2	2	3	5	3	3	5	3	3	4	5	3	4	3
3	2	3	2	4	5	4	4	3	4	1	5	4	3	4	3	4	3	4	3	3	3	5	3	3	5	5	4
2	4	5	3	3	3	4	5	3	3	3	4	3	4	3	4	3	5	4	4	5	3	5	3	4	4	3	5
4	5	3	4	3	4	2	4	3	4	5	3	2	3	3	5	4	3	3	3	3	4	3	4	5	4	3	2
5	1	2	5	5	3	2	5	2	3	3	4	2	3	5	3	3	4	5	4	5	3	3	3	5	3	3	4
4	2	4	3	4	2	4	4	5	2	4	3	4	3	5	3	4	3	3	2	3	2	2	3	4	4	2	5
3	3	4	3	5	4	2	5	3	4	5	2	3	3	3	2	5	3	4	3	4	2	4	3	5	3	5	5
3	5	3	4	3	3	4	2	5	4	3	3	3	3	5	5	4	3	5	4	2	3	2	4	3	4	4	3
3	3	2	5	5	2	5	2	3	5	3	4	2	2	4	3	5	3	4	5	4	3	3	3	5	3	3	5
2	4	5	3	3	4	3	4	5	3	3	4	5	4	3	3	3	2	3	2	3	5	4	4	3	2	4	3
3	5	4	2	4	3	3	3	3	5	3	5	2	4	3	2	4	3	5	3	5	4	3	5	1	4	5	4
5	3	2	4	3	5	4	3	4	3	3	4	3	2	4	2	3	5	4	2	4	2	4	3	5	3	4	5
4	4	5	3	4	4	2	3	2	2	4	3	4	3	5	3	4	2	5	4	5	4	5	2	4	5	3	5
5	3	3	5	3	4	4	3	3	4	3	4	2	4	3	3	4	4	3	4	3	3	4	4	3	3	4	1
1	4	3	4	4	2	3	2	3	3	4	3	3	5	4	3	2	3	2	2	3	2	3	3	4	5	3	3
2	1	5	3	4	2	4	5	3	3	4	5	4	2	4	2	3	4	3	3	2	5	2	4	3	3	2	4
2	2	4	3	3	3	4	3	5	2	4	3	3	5	2	3	4	3	2	5	3	2	2	2	4	4	5	2
4	5	4	3	3	2	2	4	2	4	2	3	4	3	4	5	4	3	3	4	2	5	2	3	2	5	3	3
3	1	3	5	4	4	5	2	5	3	4	4	3	3	4	3	2	3	4	3	4	2	4	3	4	3	3	4
2	5	4	3	3	3	4	3	3	4	2	3	5	2	5	2	3	4	2	3	3	4	5	3	5	4	2	5
4	5	3	2	3	4	5	2	3	5	3	4	4	5	4	4	5	3	4	4	4	3	4	5	3	3	3	3
5	4	4	4	5	3	3	4	5	4	5	3	3	4	3	5	2	4	3	5	3	4	5	4	5	3	5	5
5	3	1	3	3	4	3	3	4	3	1	4	5	3	5	2	4	3	3	5	2	5	2	5	2	3	4	4
5	3	5	3	3	2	3	4	4	2	4	3	3	4	2	3	5	3	3	4	4	5	4	3	3	3	5	5
2	4	2	4	5	4	5	3	5	4	3	4	5	3	3	4	3	4	3	3	3	4	4	5	2	5	4	4
5	4	3	3	4	5	1	4	4	2	4	3	5	3	4	3	3	4	3	5	4	5	2	3	2	4	5	2

Anexo 5: Prints de spss

BASE DE DATOS SPSS JUNIO 2022.MARIBEL sav (1).sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	P1	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
2	P2	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
3	P3	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
4	P4	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
5	P5	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
6	P6	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
7	P7	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
8	P8	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
9	P9	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
10	P10	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
11	P11	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
12	P12	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
13	P13	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
14	P14	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
15	P15	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
16	P16	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
17	P17	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
18	P18	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
19	P19	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
20	P20	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
21	P21	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
22	P22	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
23	P23	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
24	P24	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
25	P25	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
26	P26	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
27	P27	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
28	P28	Numérico	1	0		{1, MUY EN...	Ninguno	12	Derecha	Ordinal	Entrada
29	SUMA_TOT...	Numérico	1	0		Ninguno	Ninguno	12	Derecha	Escala	Entrada
30	SUMA_HO...	Numérico	1	0	HOSPITALIZAC...	{1, BAJO}...	Ninguno	13	Derecha	Ordinal	Entrada
31	P1 F	Numérico	7	0		{1, MUY EN...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

Anexo 6: Consentimiento informado

docs.google.com/forms

Correo electrónico *

odalisjosselyn@gmail.com

Consentimiento: Soy consiente que mi participación es voluntario

Acepto

Borrar la selección

Correo electrónico *

eluyov@hotmail.com

Consentimiento: Soy consiente que mi participación es voluntario

Acepto

Borrar la selección

Anexo 7: Permiso de la institución



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
San Juan de Lurigan

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del bicentenario del congreso de la república del Perú".

eq p: 22-016265-001

MEMORANDUM N° 304-2022-UADI-HSJJL

A : Mg. FLOR BLAS BERGARA
Jefa del Departamento de Enfermería del HSJJL
MC. VICTOR CASTAÑEDA CASAS
Jefe del Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos

ASUNTO : FACILIDADES PARA DESARROLLAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

FECHA : Canto Grande, 19 de Julio del 2022

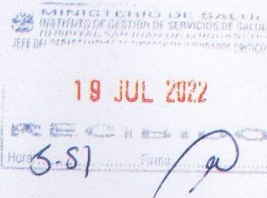
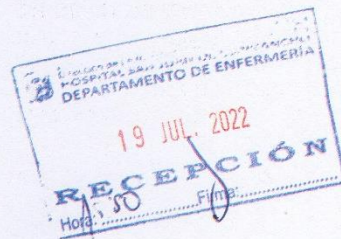
Por medio del presente es grato dirigirme a Usted, para saludarlo cordialmente y a la vez hacerle de conocimiento que con la finalidad de desarrollar el Proyecto de Investigación titulado: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PERSONAL ASISTENCIAL DE EMERGENCIA Y HOSPITALIZACIÓN DE UN HOSPITAL NIVEL II, LIMA - 2022". Se solicita se brinde las facilidades del caso a la tesista: **QUISPIALAYA COSME, MARIBEL CRISTINA**, alumna de la Universidad Cesar Vallejo Escuela de Posgrado Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, quien solicita el permiso correspondiente, para poder realizar la aplicación de encuesta al personal asistencial del servicio de Hospitalización y Emergencia, con la finalidad de evaluar la cultura de seguridad del paciente en personal asistencial de Emergencia y Hospitalización.

INVESTIGADORA PRINCIPAL
QUISPIALAYA COSME, MARIBEL CRISTINA
CL: 959 450 028

Agradeciendo su atención al presente quedo de usted no sin antes reiterarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,

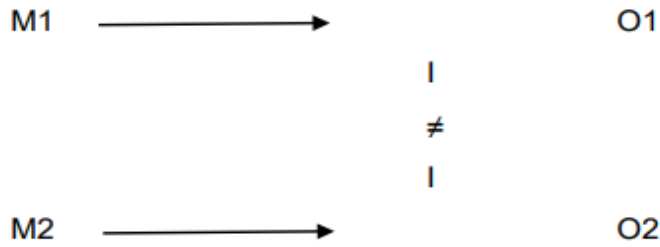

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHA
Mery SANYO EFRAÍN ASENCIOS TRUJILLO
CMP. N° 026766 - RRE. N° 020397
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación



SEAT/lec
CC/Archivo
FOLIOS:

 **Siempre**
con el pueblo

Anexo 8: Esquema de diseño de Investigación



Donde:

M₁: muestra del personal asistencial del servicio de emergencia.

M₂: muestra del personal asistencial del servicio de hospitalización.

O1: Información recogida de la muestra del personal asistencial de emergencia.

O2: Información recogida de la muestra del personal asistencial de hospitalización.

≠ = Diferencia o semejanza de práctica de valores entre M1, M2.

Anexo 9: Cálculo de muestra en la página QuestionPro.



[Blog](#) [Características](#) [Precios](#) [Plantillas](#)

[CUENTA GRATUITA](#)

[Iniciar sesión](#)

Calculadora de muestra

Nivel de Confianza: 95% 99%

Margen de Error:

Población:

[Limpiar](#)

[Calcular Muestra](#)

Tamaño de Muestra:

Calculadora de muestra

Nivel de Confianza: 95% 99%

Margen de Error:

Población:

[Limpiar](#)

[Calcular Muestra](#)

Tamaño de Muestra:



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, DIAZ MUJICA JUANA YRIS, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Cultura de seguridad del paciente en personal asistencial de Emergencia y Hospitalización de un Hospital nivel II, Lima – 2022", cuyo autor es QUISPALAYA COSME MARIBEL CRISTINA, constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

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

LIMA, 07 de Agosto del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
DIAZ MUJICA JUANA YRIS DNI: 09395072 ORCID 0000-0001-8268-4626	Firmado digitalmente por: JDIAZMU el 07-08-2022 00:32:18

Código documento Trilce: TRI - 0397899