

UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**CULTURA DE SEGURIDAD Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS
MÉDICOS DE LA GERENCIA DE OFERTA FLEXIBLE ESSALUD -
PROYECTOS ESPECIALES – HOSPITAL PERÚ
PERIODO 2017**

TESIS

PRESENTADA POR BACHILLER

CANCHIS DE LA CRUZ ROSARIO

**PARA OPTAR EL TITULO
DE MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2020

ASESOR

Dr. Jenny Zavaleta Oliver

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por sus bendiciones con las que nos ha colmado en todos los momentos de nuestras vidas, y por darnos fuerzas para seguir adelante.

Agradezco a todas aquellas personas que colaboraron de forma muy especial en asistirme y guiarme para poder llevar a cabo esta investigación. A mis queridos hermanos por su gran apoyo moral, a mis padres quien de forma muy continúa estuvieron guiándome y motivándome en el desarrollo de esta tesis, a mi hermana María del Rosario Canchis por orientaciones con erudición, y a la Universidad San Juan Bautista y sus profesores por proveerme el conocimiento adquirido.

DEDICATORIA

A mis queridos, padres Antonio y severa esperando que vean en mi un modelo del cual sientan orgullosos de saber que si valió el esfuerzo.

RESUMEN

Objetivo general: determinar las relaciones que existen entre la variable independiente y la variable dependiente, para establecer soluciones eficientes y seguras a los pacientes que concurren allí.

Metodología: La presente investigación utiliza un diseño no experimental y de tipo correlacional, y una muestra de 100 profesionales médicos, a quienes se les aplicó la Escala de Cultura de seguridad elaborada por la Agencia de la Salud y la Calidad y el Cuestionario de Calidad de la atención médica de Nancy Stuccki. Estos instrumentos fueron sometidos a los análisis respectivos que determinaron consistentes niveles de validez y confiabilidad.

Resultados: los análisis estadísticos muestran que las variables en estudio se encuentran significativamente relacionadas ($r = 0,74$).

Conclusiones: sobre la base de los resultados obtenidos se concluye que las variables cultura de seguridad y calidad de la atención tienen una relación directa y significativa.

Palabras clave: Cultura de seguridad del paciente, calidad de la atención, eventos adversos, desempeño laboral.

ABSTRACT

General Objective: was to determine the relationships that exist between the independent variable and the dependent variable, to establish efficient and safe solutions for the patients who attend there.

Methodology: The non-experimental design and correlational type, and a sample of 100 medical professionals, to whom the Culture Scale was applied, was studied by the Health and Quality Agency and the Health Care Quality Questionnaire. Nancy Stuccki

Results: These instruments were subjected to the respective analyzes that determined consistent levels of validity and reliability. **Conclusions:** The results were presented through tables and graphs.

Keywords: Patient safety culture, quality of care, adverse events, work performance.

PRESENTACIÓN

El presente estudio se realizó fundamentalmente por la necesidad de lograr cambios sostenibles en la mejora continua de la atención por parte del profesional médico en la cultura de seguridad y la calidad de la atención, como un conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias para poder disminuir los riesgos y daños al paciente, el cual nos va a permitir realizar un estudio en el que se va evidenciar con resultados los cambios necesarios los cuales recomendamos a los Directivos y gerentes de la Gerencia de Oferta Flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú y a los futuros investigadores, especialistas, directores de tecnologías y docentes en general hacer una reflexión crítica constructiva, que implique el cambio de actitud en su labor, pasando por una actitud reparadora en lo referente a la seguridad desde la comunicación, como estrategia y como medio tecnológico emergente eficiente, ya que hemos demostrado en la presente investigación que esta tiene efecto significativo en la calidad de la atención y la cultura de seguridad que presentan los Médicos.

En este contexto es que se puede entender la importancia que tiene la cultura de seguridad del paciente, la misma que busca garantizar una atención de calidad y libre de eventos adversos que pueden afectar la salud del paciente y del propio personal de salud que tiene a su cargo la atención de ellos. Por estas razones es que los sistemas de salud tienen que adoptar este tipo de cultura que, sin duda, debe orientar a los hospitales y centros asistenciales hacia la mejora significativa de los servicios de salud y el cuidado del paciente.

Es verdad que lograr implementar la cultura de seguridad del paciente no es una tarea sencilla, sin embargo es imperativo diseñar programas de capacitación a todo el personal de salud y directivos, sobre estas prácticas y también verdaderos planes que guíen y orienten al personal sobre los procedimientos que se deben seguir para garantizar la seguridad de los pacientes y del propio personal de salud. De esta manera se avanzaría

significativamente en la reducción de los eventos adversos y se cumpliría lo que el National Quality Forum (2003), de Estados Unidos, ha llamado la primera de las buenas prácticas para lograr una correcta cultura de seguridad del paciente.

ÍNDICE

	Páginas
CARATULA	I
ASESOR	II
AGRADECIMIENTO.	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
PRESENTACIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
LISTAS DE TABLAS.	X
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE ANEXOS	XIII
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Formulación del problema	5
1.2.1 General	5
1.2.2 Específicos	5
1.3 Justificación Delimitación de la investigación	6
1.4 Delimitaciones del área de estudio	7
1.5 Limitaciones de la investigación	7
1.6 Objetivos de la investigación	8
1.6.1 General	8
1.6.2 Específicos	8
1.7 Propósito	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes Bibliográficos	10
2.2 Bases teóricas	20

2.2.1	Hacia una definición de la Cultura de Seguridad	20
2.2.2	Cultura de seguridad del paciente	22
2.2.3	Pasos para la Seguridad del paciente	26
2.2.4	El estudio de la Calidad	31
2.2.5	Calidad de la atención médica	33
2.3.	Marco Conceptual	34
2.4.	Hipótesis	35
2.4.1	General	35
2.4.2	Específicas	35
2.5	Variables	36
2.6	Definición operacional de términos	36
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN		
3.1.	Diseño metodológico	38
3.1.1.	Tipo de investigación	38
3.1.2.	Nivel de investigación	38
3.2.	Población y muestra	39
3.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	39
3.4.	Diseño de recolección de datos	48
3.5.	Procesamiento y análisis de datos	49
3.6.	Aspectos Éticos	50
CAPÍTULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS		51
4.1.	Resultados	51
4.2.	Discusión	66-68
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		
5.1.	Conclusiones	69-71
5.2.	Recomendaciones	71-72
BIBLIOGRAFÍA		73-76
ANEXOS		77-84

LISTAS DE TABLAS

Tabla N° 1.	
Descripción de la variable. Cultura de seguridad del paciente.	40
Tabla N° 2.	
Descripción de la dimensión. Seguridad en el área de trabajo.	41
Tabla N° 3.	
Descripción de la dimensión. Seguridad brindada por la Dirección.	42
Tabla N° 4.	
Descripción de la dimensión. Seguridad desde la comunicación.	42
Tabla N° 5.	
Descripción de la dimensión. Seguridad de sucesos notificados.	42
Tabla N° 6.	
Descripción de la dimensión. Seguridad desde la atención primaria.	43
Tabla N° 7.	
Descripción de la variable: Calidad de la atención médica.	44
Tabla N° 8.	
Descripción de la dimensión. Atención clínica del Médico.	46
Tabla N° 9.	
Descripción de la dimensión. Información ofrecida por el médico.	46
Tabla N° 10.	
Descripción de la variable: Tiempo de dedicación del médico.	47

Tabla N° 11.	
Análisis descriptivos de las variables en estudio.	47
Tabla N° 12.	
Análisis descriptivos de la primera dimensión con la variable dependiente en estudio.	48
Tabla N° 13.	
Análisis descriptivos de la segunda dimensión con la variable dependiente en estudio.	51
Tabla N° 14.	
Análisis descriptivos de la tercera dimensión con la variable dependiente en estudio.	52
Tabla N° 15.	
Análisis descriptivos de la cuarta dimensión con la variable dependiente en estudio.	53
Tabla N° 16.	
Análisis descriptivos de la quinta dimensión con la variable dependiente en estudio.	54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Niveles de la variable. Cultura de seguridad del paciente.	52
Gráfico 2: Niveles de la dimensión. Seguridad en el área de trabajo.	53
Gráfico 3: Niveles de la dimensión. Seguridad brindada por la Dirección.	54
Gráfico 4: Niveles de la dimensión. Seguridad desde la comunicación.	55
Gráfico 5: Niveles de la dimensión. Seguridad de sucesos notificados.	56
Gráfico 6: Niveles de la dimensión. Seguridad desde la atención primaria.	57
Gráfico 7: Niveles de la variable: Calidad de la atención médica.	58
Gráfico 8: Niveles de la dimensión. Atención clínica del Médico.	59
Gráfico 9: Niveles de la dimensión. Información ofrecida por el médico.	60
Gráfico 10: Niveles de la variable: Tiempo de dedicación del médico.	61
Gráfico 11: Niveles de la dimensión. Recursos e infraestructura.	62

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS 1: OPERACIONAL DE VARIABLES	78
ANEXOS E 2: FICHA DE VALIDACIÓN	79
ANEXOS E 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA	83

CAPÍTULO I: PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En lenguaje coloquial, es común la frase “Errar es humano” pero cuando esta tiene una connotación científica hablamos de constructo hipotético y esta es cuantificada de cero a diez (0 – 10), siendo cero el valor más bajo y 10 el más alto. Este constructo, es usado en el campo de la salud en la valoración a la seguridad brindada a los clientes, el caso más común es cuando se presentan reclamos de estos y se presume irregularidades en la atención que pueden ser desde una mala atención que pudiera estar ocasionando serios problemas a estos pacientes. ⁽¹⁾

En este sentido las organizaciones de salud, tienen protocolos de aseguramiento de la calidad del servicio para evitar reclamos. Estas pasan por medidas preventivas y correctivas. El logro de objetivos por otro lado implica una gestión eficaz y propiciar una cultura de seguridad hospitalaria que garantice las buenas prácticas de los médicos, pues a partir de ello se puede tener una atención de calidad que pueda ser altamente satisfactoria para los pacientes.

En opinión de Giraldo y Montoya (2013) ⁽²⁾, esta se basa en:

Las creencias, los valores, las actitudes, las percepciones, las competencias y los patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso del personal

médico, el estilo de trabajo, la forma de actuar y su desempeño con relación a la ocurrencia y manejo de las fallas de calidad que ocurren en la atención de los pacientes. (p. 93).

Asimismo, la seguridad del cliente es fundamental en el acto médico, por lo que se están tomando medidas preventivas y correctivas para cultivar en la mente de toda la comunidad la cultura de seguridad con el fin de evitar daños irreversibles a las personas.

El margen de error por factor humano por parte de los profesionales de la salud, debe ir reduciéndose continuamente en el tiempo ya que el paradigma es que debemos de mejorar continuamente.

Un punto de partida está en redoblar esfuerzos y unificar criterios a nivel de liderazgo de primera hasta la última línea para implementar la cultura de seguridad y la calidad de atención de los médicos además de invertir en la infraestructura y estructura necesaria.

Teniendo en cuenta que un servicio médico seguro y de calidad consiste en protocolos bien definidos y la calidez humana por parte del profesional de la salud, esta regla extendida a nivel global de todas aquellas instituciones que se basen en las normas internacionales de calidad pretenden un cambio radical.

Se ha entendido la necesidad de realizar periódicamente evaluaciones sobre la cultura de seguridad en la perspectiva de ir corrigiendo errores y mejorando sustantivamente la calidad de la atención médica.

El problema en estudio consiste en los errores médicos, al respecto, si bien hacemos notar que estas no tienen una causa intencional y menos por falta de competencias del personal médico, pero se debe tener claro que los médicos mejor reputados por su calidad, pueden cometer errores y a veces muy graves.

Surge entonces en concreto el problema de esta investigación planteado como la escasa cultura de seguridad del paciente y la pésima calidad de la atención de los Médicos en la Institución en estudio.

La variable cultura de seguridad del paciente, como situación problemática está basada en los hechos que deben evaluarse considerando la existencia de factores diversos entre los cuales hemos considerado prioritarios en la institución en estudio las siguientes dimensiones seguridad en el área de trabajo, seguridad brindada por la dirección, seguridad desde la comunicación, frecuencia de sucesos notificados, seguridad desde la atención primaria.

Asimismo la variable calidad de la atención de los Médicos en el hospital en estudio es un centro muy complejo, en el intervienen muchas personas, aparte de las dificultades de infraestructura que se puede tener, por lo que no es raro que estén implicados varios elementos en la comisión de algún error médico, en este sentido hemos priorizado las siguientes dimensiones atención clínica del médico, información ofrecida, tiempo de dedicación, recursos e infraestructura, por ejemplo, en la institución en estudio esta alcanza tal magnitud que hasta los propios médicos han

debido denunciar una serie de hechos que atentan contra la seguridad del paciente como es el caso del servicio de Emergencias de Adultos del Hospital Edgardo Rebagliati Martins donde se ha detectado severas infecciones intrahospitalarias de tuberculosis. Además de problemas tan serios como fue el caso de la señora madre de la ex primera ministra Ana Jara.

Por su parte los pacientes formulan constantemente su insatisfacción a través de denuncias sobre negligencias médicas y que al parecer no tiene cuando acabar.

Esta problemática aún está latente y todo indica que no será posible dar solución mientras no se tomen medidas concretas respecto a la infraestructura, por un lado y al trabajo eficiente de los médicos, por otro lado a través de un estudio ex - ante de este problema.

Al respecto Donaben (2016, p. 315) ⁽⁴⁾, afirmaba que “la calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de manera que rinda el máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos”.

Entendemos que alcanzar la calidad brindará beneficios como también riesgos y costos, pero en este proceso se debe resaltar prioritariamente el logro de mayores beneficios por sobre los riesgos y costos; es por esto que la atención médica de calidad debe estar bajo estándares de calidad y aseguramiento de dicha calidad centrada en el paciente.

En este contexto la seguridad del cliente debe centrarse en la reducción significativa de eventos adversos dentro del hospital.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 General

¿Qué relación hay entre la cultura de seguridad y la calidad de la atención que brindan los Médicos de la Institución en estudio?

1.2.2 Específicos

1. ¿Qué relación hay entre la seguridad en el área de trabajo y la calidad de atención que brindan los Médicos de la Institución en estudio?
2. ¿Qué relación hay entre la seguridad de la Dirección y la calidad de la atención que brindan los Médicos de la Institución en estudio?
3. ¿Qué relación hay entre la seguridad desde la comunicación y la calidad de la atención que brindan los Médicos de la Institución en estudio?

4. ¿Qué relación hay entre la frecuencia de sucesos notificados y la calidad de la atención que brindan los Médicos de la Institución en estudio?

5. ¿Qué relación hay entre la seguridad desde la atención primaria y la calidad de la atención que brindan los Médicos de la Institución en estudio?

1.3. Justificación

Esta investigación queda plenamente justificada ya que aportara a la institución en estudio que brinda servicios de salud y que en el se dan procesos múltiples y complejos, sumado al problema que tiene actualmente ligadas a la estructura y procesos gerenciales hospitalarios, con énfasis en la seguridad de los pacientes en las que el aspecto central es la calidad de la atención que brindan los médicos, de manera que se puedan tomar las acciones que sean más adecuadas.

Aportar información útil para implementar la cultura de seguridad y la calidad de la atención médica, revisten la mayor importancia en tanto el propósito del trabajo medico es restaurar la salud de los pacientes, con el menor riesgo posible y el máximo de seguridad que se le pueda brindar.

La presente investigación pretende aportar en los siguientes aspectos:

En lo teórico se sistematizará la información sobre las dos variables en estudio, tratando de dar nuevas luces y una mayor claridad sobre el

estado actual de estas dos variables. De esta manera la investigación dará un aporte teórico.

Además se aportará recomendaciones al hospital sobre la importancia de reforzar el control de calidad médica para evitar el contagio de enfermedades intrahospitalarias o errores en los procedimientos.

Finalmente, un aporte social estriba en brindar información útil para encontrar solución a estos problemas planteados que beneficiarán a los pacientes usuarios bajo criterios de clientes tanto internos como externos, que vienen a ser los médicos y los pacientes.

1.4. Delimitación del estudio.

La investigación se realizará durante los meses de enero a diciembre 2017, en las sedes de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú y a todo el personal médico de la citada gerencia.

1.5. Limitaciones del estudio.

Quizás la limitación más seria que se tuvo para la realización de la presente investigación, es el factor disponibilidad por ser Hospital Perú con un equipo de Médicos distribuidos estratégicamente para cubrir demanda insatisfecha de la población asegurada, de la misma forma cubre atención en eventos adversos como catástrofes naturales entre otros, otra limitación es el tiempo que podemos dedicarle al presente

trabajo. Es un hecho bastante conocido que no podemos dedicarnos en forma exclusiva a la investigación ya que tenemos que disponer de los recursos necesarios, para solventar los gastos derivados de la presente investigación.

1.6 Objetivos del estudio.

En el propósito de llevar adelante el presente trabajo de tesis, siguiendo los procedimientos metodológicos, es que se formularon los siguientes objetivos:

1.6.1 General

Determinar la relación de la cultura de seguridad y la calidad de la atención Médica en la Institución en estudio.

1.6.2 Específicos

1. Determinar la relación de la seguridad del área de trabajo y la calidad de atención Médica en la Institución en estudio.
2. Determinar la relación de la seguridad brindada por la Dirección y la calidad de la atención Médica en la Institución en estudio.
3. Determinar la relación de la seguridad de la comunicación y la calidad de atención Médica en la Institución en estudio.
4. Determinar la relación de la seguridad de la frecuencia de sucesos notificados y la calidad de atención Médica en la Institución en estudio.

5. Determinar la relación de la seguridad en la atención primaria y la calidad de atención Médica en la Institución en estudio.

1.7 Propósito

La presente investigación tuvo como propósito contribuir en el plano teórico, práctico a la solución de un grave problema como pueden ser la constante aparición de eventos adversos y el cuestionamiento al trabajo de nuestros médicos. Es necesario que las autoridades respectivas tomen las precauciones del caso, no solo para formular las directivas correspondientes, sino para que se cumplan.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Bibliográficos

2.1.1. Nacionales

Berny, N. (2016) ⁽⁵⁾, en la tesis “Clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima 2016, de la Universidad Cesar Vallejo, para obtener el grado académico de magíster en salud pública, la investigación tuvo como objetivo general, determinar la relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente. La población estuvo constituida por 123 médicos de los diferentes servicios, como muestra fueron 82 participantes. La investigación es de enfoque cuantitativo, tipo básico y nivel descriptivo; diseño no experimental, correlacional y de corte transversal. Se utilizaron dos instrumentos: cuestionario de clima organizacional utilizado por el MINSA del Perú y el cuestionario de cultura de seguridad The Quality Interagency Cordination Task Force modificado y adaptado a nuestro medio”.

Los resultados señalan que:

“El clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente tuvieron una relación positiva ($p= 0.003$) pero baja ($r=0.322$). La cultura de seguridad obtuvo 50.7% de respuestas positivas. Las dimensiones que destacaron con el mayor porcentaje de

respuestas positivas fueron trabajo en equipo (71.6%) y franqueza en la comunicación (68.3%). Las que obtuvieron mayor porcentaje de respuestas negativas fueron apoyo de la gerencia (40.7%) y dotación de personal (35.1%). En relación a la variable clima organizacional, el personal de salud lo calificó como por mejorar (81.7%) y saludable (15.9%). Dentro de sus dimensiones, todas fueron evaluadas en un nivel por mejorar, diseño organizacional (85.4%), potencial humano (84.1%) y cultura de la organización (62.2%)”.

Torbes, M. (2016) ⁽⁶⁾, en la tesis. “El clima organizacional y su relación con la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de Lima de la Universidad Mayor de San Marcos, para obtener el grado académico de máster en Gestión de la salud pública, la investigación tuvo como objetivo general, determinar la relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de Lima. La población estuvo constituida por 69 médicos de los diferentes servicios, como muestra fueron 40 participantes. La investigación tuvo enfoque cuantitativo, tipo básico y nivel descriptivo; diseño no experimental, correlacional y de corte transversal”.

Se utilizó la “Escala de Clima Organizacional (EDCO) de Acero Yusset y el Hospital Survey on Patient Safety Cultura (HSOPSC)

de la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) versión en español. Estos cuestionarios fueron administrados a los médicos que componen la muestra. Los resultados estadísticos nos indican que en efecto el clima organizacional está asociado significativamente a la cultura de seguridad del paciente”.

Cosavalente, Y. (2014) ⁽⁷⁾, presento la tesis “La seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de cirugía – hospital Essalud Naylamp, Chiclayo 2013. La presente investigación tuvo por objetivo: describir y analizar la seguridad en el cuidado de la persona hospitalizada en el servicio de cirugía - Hospital Essalud Naylamp. Es una investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso. Se utilizó entrevistas semiestructuradas, previo consentimiento informado. En el análisis de contenido emergieron las siguientes categorías: Actividades que garantizan la seguridad en el cuidado del paciente, Identificación de los eventos adversos para garantizar la seguridad en el cuidado, Notificando eventos adversos en la seguridad en el cuidado del paciente. Durante el proceso de investigación se respetaron los Principios Bioéticos de Elio Sgreccia y los Criterios de Rigor Científico. Finalmente se concluyó la seguridad en el cuidado del paciente es desarrollado con sustento científico en la práctica,

considerando la identificación y notificación de eventos adversos como primer paso para mejorar la seguridad en el cuidado”.

2.1.2. Internacionales

Lorenz, V. Puertas, M. y Ramírez, A. (2016) ⁽⁸⁾, en la tesis. “Relación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta, de la Universidad de Buenos Aires, para obtener el grado académico de Magíster en Gestión de la salud”.

Esta investigación midió “la percepción del personal asistencial sobre esta variable en un hospital de primer nivel de complejidad por medio de un estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizó como herramienta de medición la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Cultura (HSOPSC) de la Agency of Healthcare Research and Quality (AHRQ) versión en español, la cual evalúa doce dimensiones. Los resultados mostraron fortalezas como el aprendizaje organizacional, las mejoras continuas y el apoyo de los administradores para la seguridad del paciente. Las dimensiones clasificadas como oportunidades de mejora fueron la cultura no punitiva, el personal, las transferencias y transiciones y el grado en que la comunicación es abierta. Se concluyó que aunque el personal percibía como positivo el proceso de mejoramiento y

apoyo de la administración también sentía que era juzgado si reportaba algún evento adverso”.

Mongui, E. (2015) ⁽⁹⁾, de la Universidad Nacional de la Plata, elaboró la tesis de maestría “Percepción de la calidad de la atención médica en población con discapacidad físico-motora que acude a la fundación A.P.R.I.L.P. Partiendo de la obligación que tiene todo Estado de garantizar el derecho fundamental a la salud sin discriminación por motivos de discapacidad, esta investigación describe la percepción de la calidad de la atención médica en un universo de 110 personas con discapacidad físico motora que acude a la fundación A.P.R.I.L.P. Es un estudio de corte transversal que permitió describir la Percepción con respecto a la Accesibilidad, Seguridad, Oportunidad, y Satisfacción Global, por medio de una encuesta de 30 preguntas cerradas con enfoque cuantitativo utilizando variables cualitativas. Con la recolección de la información se concluyó que el 39,1% de los encuestados perciben que el desplazamiento desde su casa hasta el sitio de atenciones Lejos, el 61,8% percibe que el ingreso, movilización y desplazamiento dentro de las Instituciones son complicadas, el 45,5% percibe que la silletería, camas y camillas es incómodo para su condición de discapacidad, y el 59,1% percibe que no se respetó su privacidad durante la consulta Médica. Esta percepción de falta

de seguridad, y limitación en la accesibilidad al momento de la atención médica, pone en riesgo la seguridad del paciente rompiendo la armonía del proceso de atención médica”.

Camargo, G.; Queiroz, A.; Silvestre, N. y de Camargo Silva, A. (2014) ⁽¹⁰⁾, publicaron la investigación “Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. El objetivo de este estudio es describir las características de la literatura científica sobre la seguridad de los pacientes en relación con la gestión de la seguridad y la cultura de la organización, el tipo de publicación, año, vehículo de publicación, país, idioma y tema. La recolección de datos se llevó a cabo en junio de 2012, en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), utilizando los descriptores seguridad del paciente, gestión de la seguridad y cultura organizacional. Los resultados evidenciaron 106 indicaciones en siete años (2006 a 2012). 50,9% de las publicaciones fueron artículos de los Estados Unidos de América, 84,9% de las publicaciones eran en lengua inglesa, el 74% eran artículos originales y el tema principal fue la mala praxis. Llegamos a la conclusión de que la producción científica fue mayor y continua”.

De los Santos, E. (2014) ⁽¹¹⁾, en la tesis. “Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el

Departamento Médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012, la investigación fue de tipo aplicada y diseño cuasi experimental la muestra fueron 391 colaboradores se aplicaron cuestionarios referente al trabajo médico y los reactivos fueron el trato amable y el trato cortés hacia los pacientes”.

Wagner, V y Rubio, F. (2013) ⁽¹³⁾, en la tesis titulada. “La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. Planteo una investigación de enfoque cuantitativo, cuyo fin era establecer como las cuidadoras y profesionales de salud reconocen los eventos adversos en las circunstancias de cuidado. Fue realizada con 15 de ellos y 23 profesionales de salud de las unidades de internación de pediatría de un hospital-escuela de Porto Alegre, Brasil entre agosto y diciembre de 2010. Utilizo la técnica de la encuesta y se apoyó en el programa QSR Nvivo 7.0. El análisis de las informaciones dejó en evidencia siete categorías. Los resultados sugieren la revisión y control permanente en cualquier intervención del profesional y el proceso de comunicación efectivo profesional-acompañante-niño. El estudio trae como recomendaciones los cambios en la cultura organizacional de las instituciones de salud para una cultura de seguridad, con énfasis en el cuidado seguro y

visión sintética en la evaluación de la ocurrencia de eventos adversos”.

Biagio, M. (2012) ⁽¹⁴⁾, en la tesis titulada. “Relación de la calidad de atención que tienen los usuarios con la consulta externa del Subcentro de Salud de Amaguaña, de la Universidad Técnica Particular de Loja, para obtener el grado académico de Magister en Administración de la salud. Para el efecto se utilizó un diseño no experimental correlacional transversal y de nivel descriptivo; cuya unidad de análisis son los usuarios que demandan el servicio de consulta externa y que no superan los cien diariamente, por lo que se estableció un número necesario de 30 personas que fueron encuestadas y que nos permitirá tener un diagnóstico sobre la percepción de la calidad en el Subcentro de salud. Los resultados más relevantes indican, el 76.7% de los encuestados manifiestan que para ser atendidos debe esperar hasta 180 minutos, sin embargo refieren como poco y aceptable este tiempo”.

Riquelme, P. (2012) ⁽¹⁵⁾, en la tesis titulada. “Cultura de seguridad del paciente y su relación con el uso de los servicios de urgencias hospitalarios en la Red de clínicas Municipales de SUH, de la Universidad de Barcelona, para obtener el grado académico de Master en Gestión de la Salud, con una investigación destinada a determinar el nivel de cultura de seguridad del paciente en los

servicios de urgencias hospitalarios (SUH). La investigación fue de tipo básico de nivel descriptivo y diseño no experimental correlacional transversal, utilizando como instrumento de medición la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Cultura, de la Agency of Healthcare Research and Quality versión castellano”.

La encuesta se realizó a 50 profesionales del SUH y los resultados indicaron que la nota media sobre nivel de seguridad es de 6,1 puntos. Se valoró el Trabajo en equipo y las Expectativas de los responsables del servicio en seguridad del paciente.

Skobar, N. Nolasco, J. Ferrándiz, A. (2011) ⁽¹⁶⁾, en la tesis titulada. “Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel, en la Universidad Complutense de Madrid, para obtener el grado académico de Magíster en Gestión de la Salud. El objetivo fue identificar el nivel de seguridad del paciente brindada por los profesionales de salud del referido Hospital. La investigación fue de tipo básico, de nivel descriptivo y diseño no experimental correlacional longitudinal en el referido hospital. La muestra fue de 476 personas”.

Los resultados mostraron que en, el 90,2% de los encuestados no notificó ningún evento adverso. La percepción global de seguridad del paciente fue 6,57 puntos (escala, 0-10). El trabajo en equipo en la unidad para la Sal Pública fue el aspecto mejor valorado 66,9%.

El soporte desde la gerencia 3,7% y la dotación de personal 9% fueron las principales áreas de mejora.

Fajanchó - Dogui, G. (2010) ⁽¹⁷⁾, en la tesis titulada. “Relación del nivel de cultura de la seguridad del paciente con la calidad profesional en el Hospital Benito Juárez, de la Universidad Autónoma de México, para obtener el grado académico de Magíster en Gestión de la Salud, cuyo objetivo fue evaluar el nivel de cultura de la seguridad del paciente con la calidad profesional en el Hospital Benito Juárez”.

Para ello se aplicó una encuesta sobre seguridad del paciente a 174 profesionales de salud, en la que se indagaron datos demográficos, frecuencia y número de eventos.

Los resultados indicaron que la percepción global sobre la seguridad apenas alcanzó la mitad, mientras que la dimensión que obtuvo más baja valoración, fue la apertura en la comunicación en tanto, la que obtuvo el puntaje más elevado, fue el aprendizaje organizacional.

El trabajo concluye que la percepción global baja sobre seguridad del paciente indica la necesidad de incrementar acciones institucionales para mejorarla.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Cultura de Seguridad

Según Giampetri (2009) ⁽¹⁸⁾ la cultura de seguridad “tiene una comunicación basada en la confianza mutua, percibida como la actitud ante el error es de reconocerlo, aprender de ellos y actuar para reducir los inconvenientes ocasionados y hacer uso de acciones preventivas porque confían en la eficacia de estas” (p. 33)

La cultura de seguridad es la suma de valores, normal, ética y patrones de conductas aceptables, son el objetivo de conservar un enfoque auto disciplinado en lo que se refiere al reforzamiento de la seguridad más allá de los requisitos jurídicos y reglamentarios.

La cultura de la seguridad debe ser de la misma naturaleza que el accionar y el pensar de los miembros de todos los niveles organizacionales.

En consecuencia, las instituciones que brindan servicios de salud refuerzan la cultura de la seguridad de los trabajadores a través de actividades que busquen educar y concientizar. Todo ello tiene como fin el logro de un mayor desarrollo de funciones que se realizan y una menor ocurrencia de accidentes y problemas posibles durante las actividades laborales de la referida organización.

Los beneficios de una cultura de seguridad positiva no solo se limitan a la disminución de accidentes ya que favorecen al aumento de la eficiencia y de la competitividad de una empresa.

La explicación radica en que al no haber fallas en la correcta realización de las funciones de los trabajadores, se eliminan los

costes de no calidad, tales como reparaciones por una realización incorrecta de las cosas, reclamos y pérdida de clientes, entre otros. Los beneficios no se restringen únicamente a la seguridad, en la práctica la disminución de errores permitirá un aumento de la calidad ofrecida.

El mejoramiento de la seguridad de la institución en estudio según Giampetri (2009) se relaciona con los siguientes valores culturales: Responsabilidad interpersonal, interés en las personas, colaboración y apoyo entre unos y otros, amabilidad, relaciones personales abiertas y francas, logro de objetivos comunes, sentimiento de credibilidad, fuerte sentimiento de confianza interpersonal y resistencia o capacidad de recuperación.

Se concluye que la cultura de seguridad “es el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, que determinan el grado de compromiso de las organizaciones para disminuir los riesgos y daños” (Santacruz y Rodríguez, 2011, p. 55) ⁽¹⁹⁾.

Para lograr la seguridad es necesario que todos los colaboradores asuman un compromiso real con la institución, desde el personal de primera línea hasta el último nivel. Por último, las características de las organizaciones con una cultura de seguridad positiva son una comunicación basada en la confianza mutua entre las personas que laboran en una empresa, la percepción de la importancia de la

seguridad y la seguridad en las acciones tomadas para prevenir errores.

2.2.2. Cultura de seguridad del paciente

Según (Kohn, Corigan y Donaldson, 2009, p. 411), informó que “la séptima causa de muerte en los Estados Unidos se debió a errores médicos. A su vez, estos errores están directamente relacionados con el incremento de costos en los sistemas sanitarios. Tanto los errores médicos como el incremento de costos están estrechamente relacionados con la seguridad del paciente”.

Los errores médicos tienen su origen en factores institucionales, gubernamentales, académicos, tecnológicos y en las personas. Además, pueden causar desde secuelas graves hasta la muerte del paciente, el comportamiento inadecuado de los profesionales de la salud demuestra la falta de una cultura de seguridad en los centros hospitalarios y traen como consecuencia la muerte de 44 mil a 98 mil personas al año. Estas cifras son mayores que las registradas en muertes causadas por accidentes en las carreteras, algunos tipos de cáncer particularmente los de mama o el VIH-SIDA. Por esta razón, surgió el interés a nivel mundial de investigar a profundidad este tema con intención de proponer acciones y estrategias que eviten exponer al paciente a riesgos prevenibles.

La magnitud de estos problemas ha llevado a los especialistas a buscar explicaciones sobre las causas que originan estos errores y que llevan a provocar eventos adversos que pueden terminar en la muerte con las consecuentes pérdidas para las organizaciones de salud. En este afán se han desarrollado varias teorías entre las que principalmente se destaca la de Reason (1990) ⁽²⁰⁾, quien sugiere que al interior de las organizaciones sanitarias existen un conjunto de factores, a los que denomina latentes, que en un momento determinado pueden coincidir y provocar el accidente. También se puede mencionar la existencia de una teoría formulada por Rasmussen (1990) ⁽²¹⁾, y que va a ser complementaria a la anterior. En esta teoría se afirma la existencia de una serie de fuentes de error y de diverso tipo, las que al coincidir con los llamados factores latentes va a provocar los eventos adversos.

Es importante mencionar, también, la teoría formulada por Charles Perrow (2004) ⁽²²⁾, a la que denomino, Teoría del Accidente Normal. En esta teoría se afirma la existencia de condiciones que aun cuando se tomen todas las medidas de seguridad, es inevitable la ocurrencia de un accidente. En contrapartida, la Teoría de Alta Confiabilidad, considera que los eventos adversos son absolutamente prevenibles, si acaso se mejoran, tanto los protocolos de seguridad como la propia gestión de las instituciones. Ambas teorías responden a un punto de vista opuesto, sin embargo

la realidad indica que la cultura de seguridad del paciente es una necesidad ya que a partir de ella se pueden disminuir los accidentes hospitalarios.

El “movimiento por la seguridad del paciente” ha generado un cambio en los centros de salud, los cuales tienen que replantear sus procesos de trabajo y establecer a la seguridad como un objetivo institucional de máxima relevancia. Estos cambios, no puede ser duraderos ni importantes sino se proponen cambios en la cultura institucional. Bajo esta visión imperante, la cultura desempeña un rol importante en brindar respuestas a la gran cantidad de desafíos que afrontan las organizaciones.

En este contexto es que Singer et al. (2003) ⁽²³⁾ y Hellings et al. (2007) ⁽²⁴⁾, resaltan la urgencia de la implantación de un conjunto de estrategias de corte educativo en los diversos centros de salud, referidos a la seguridad del paciente, de manera tal que se tome mucha atención a la ocurrencia de los eventos adversos y a reporte oportuno. Por otra parte Murillo (2006) ⁽²⁵⁾, afirma que muchos de los accidentes en el ámbito de la salud no son reportados, ni por el paciente ni por el personal de salud, sobre todo cuando el error no afecta directamente al paciente; todo parece indicar que el personal de salud no reportan los eventos adverso por temor a las

consecuencias que se pueden expresar en sanciones de diversa índole.

Las organizaciones de salud no han desarrollado todavía la política de seguridad de “cero defectos” que se ha implantado en otras empresas de alto riesgo como las de la aviación, para reducir los riesgos y fortalecer las defensas que les permita ofrecer un servicio con total garantía y la seguridad de que no va a ocurrir un accidente. En este punto es muy importante el papel que cumplen los directivos de las instituciones de salud, pues a partir de su gestión es que se pueden lograr avances significativos a la hora de reducir los eventos adversos que ocurren regularmente.

2.2.3. Pautas para la Seguridad del paciente

El año 2004, el Ministerio de Sanidad de España ⁽²⁶⁾, ha tomado como referencia una publicación efectuada en el Reino Unido en una guía llamada “La Seguridad del Paciente en Siete Pasos”, que estuvo destinada a prevenir la ocurrencia de eventos adversos en la atención de los usuarios de los centros hospitalarios. Esta guía fue elaborada en el año 2003 por la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido (NPSA) ⁽²⁷⁾. En el año 2004, se

desarrolló una guía completa en la que ya se menciona todos los avances ocurridos respecto del tema de seguridad del paciente.

Los siete pasos señalados, en la versión española son los siguientes:

Paso 1: Desarrollar una cultura de seguridad.

Crear una cultura que sea abierta y justa, en la todas las personas comprometidas asuman sus labores con total dedicación de manera que se garantice la seguridad del usuario; esto es la esencia del gobierno clínico. También es un reconocimiento de que sucederán errores e incidentes, y que la atención sanitaria entraña esos riesgos. La evidencia demuestra que si la cultura de una organización es consciente de la seguridad y las personas son estimuladas a hablar abiertamente sobre errores e incidentes, la atención y seguridad del paciente mejoraran significativamente. (p. 17).

Paso 2: Liderar y apoyar a su personal.

Establecer un enfoque claro y sólido sobre seguridad del paciente en toda su organización. Cumplir la agenda de seguridad del paciente requiere motivación y compromiso desde lo más alto de cada organización de atención primaria así como de líderes clínicos y directivos en todo el servicio, incluyendo médicos de medicina general y de

médicos asistentes especialistas. Para mostrar que la seguridad es una prioridad y que la dirección de la organización está comprometida a mejorar, los líderes tienen que ser visibles y activos en liderar las mejoras de seguridad del paciente. El personal y los equipos deben sentirse capaces de manifestarse si piensan que no es segura la atención que prestan; con independencia de su posición. (p. 42).

Paso 3: Integrar su actividad en gestión del riesgo.

“Desarrollar sistemas y procedimientos para gestionar sus riesgos, e identificar y valorar cuestiones que puedan fallar. La Gestión integrada del riesgo significa que las lecciones aprendidas en un área de riesgo pueden ser rápidamente difundidas a otras áreas de riesgo. La integración y gestión de todo el riesgo ayudará a las organizaciones de atención primaria, incluyendo prácticas, a cumplir con sus objetivos de gobierno clínico, homologaciones de riesgo y requisitos ejecutivos de Sanidad y Seguridad”, (p. 58).

Paso 4: Promover la notificación.

Garantizar que su personal pueda fácilmente notificar incidentes a nivel local y nacional. Los incidentes en atención sanitaria se producen generalmente uno tras otro.

El único modo de poder identificar el número total de incidentes es establecer un sistema de notificación. Es un requisito fundamental para mejorar la seguridad del paciente. Sin esta información, las organizaciones locales no pueden enfocar y asignar adecuadamente sus recursos para garantizar el cambio. Los factores que afectan al índice de notificación incluyen una falta de sistemas informáticos integrados y responsabilidades diversas de notificación entre el personal sin línea directa con altos cargos. (p. 81).

Paso 5: Involucrar y comunicar con pacientes y público.

Desarrollar vías para comunicar abiertamente y escuchar a los pacientes. Involucrar y comunicarse abiertamente con los pacientes, sus familiares, sus cuidadores y el público es esencial para mejorar la seguridad del paciente. Muchos pacientes, que han hecho de su enfermedad una verdadera especialidad, pueden contribuir en la identificación y prevención no solo de su enfermedad sino también en lo que respecta a las medidas de seguridad en la atención al paciente. Los pacientes pretenden involucrarse activamente en lo que se refiere a su cuidado. Los médicos deben incluir a los pacientes para alcanzar el diagnóstico correcto, decidir el tratamiento adecuado, tratar los riesgos,

y asegurar la correcta administración, supervisión y cumplimiento del tratamiento. Ser abierto sobre lo que ha ocurrido y tratar el problema con rapidez, detalle y sensibilidad puede ayudar a los pacientes a sobrellevar mejor los efectos posteriores cuando se han cometido fallos. (p. 115).

Paso 6: Aprender y compartir lecciones de seguridad.

Animar al personal para utilizar el análisis de causa raíz al objeto de conocer cómo y por qué suceden incidentes. Cuando sucede un incidente de seguridad del paciente la cuestión crucial no es ¿Quiénes tuvieron la culpa del incidente? sino ¿cómo y por qué ha ocurrido? Una de las cosas más importantes a cuestionar es ¿Qué nos está transmitiendo sobre el sistema en el que trabajamos?. El origen de estas situaciones anómalas pudo estar en una amplia mezcla de factores interconectados dentro del sistema, un sistema en que la universal e inevitable capacidad humana para cometer errores pueda haber sido dejada inadecuadamente sin control. Entender por qué ha ocurrido un incidente es una parte fundamental de la investigación, y fundamental para garantizar que no se repita el incidente. Solo aprendiendo de las causas subyacentes de un incidente podemos implantar nuevos

métodos de trabajo para minimizar el riesgo de un daño futuro. (p. 140).

Paso 7: Implantar soluciones para prevenir el daño.

Introducir lecciones a través de cambios en prácticas, procedimientos o sistemas. Las organizaciones de atención en salud necesitan comprender los factores contribuyentes subyacentes de eventos adversos de manera que, con el tiempo, los aprendizajes y experiencias en un área puedan ayudar e informar a muchos otros en cualquier lugar. Por otra parte sería necesario tomar las siguientes acciones:

- Diseñar sistemas que faciliten a las personas realizar las cosas correctamente.
- Las soluciones basadas en barreras físicas son más sólidas que las basadas en el comportamiento o actuación humana.
- Asegurar que los cambios que se realizan han valorado el riesgo, han sido evaluados y son sostenibles a largo plazo.
- La mejor práctica desarrollada a nivel local puede ser compartida a nivel nacional por medio del Ministerio de salud, posibilitando que otras organizaciones de salud y servicios comunitarios puedan proyectar problemas

fuera de sus sistemas y adoptar soluciones de seguridad acordadas. (p. 179).

2.2.4. El estudio de la Calidad

Estudiar un problema tan importante como es de la calidad en la especialidad que sea, significa siempre referirse a los grandes constructores de este concepto entre los que destacan grandes personalidades como Deming, Juran, Feigenbaum, Ishikawa y Crosby. Todos ellos realizaron aportes que cambiaron el rumbo que seguían hasta ese momento la industria y las empresas de servicios, para alinearlas en torno a la calidad.

El término Calidad tiene en la actualidad una importancia tan grande que todas las organizaciones productivas y de servicios y aún las propias personas la buscan con mucho esmero, de tal manera que si algo no es de calidad simplemente se deja a un lado. Es verdad que no siempre se usa de la manera correcta. Al respecto Lavolpe (1999, p. 122) ⁽²⁸⁾, señala que: “el término Calidad ha tomado últimamente un especial protagonismo, sin embargo no siempre se utiliza adecuadamente, ya que se piensa que hace referencia exclusivamente a procesos de tipo industrial, por lo que su aplicación se limitaría, por tanto, a ese ámbito”. Sin embargo, la noción de calidad está inmersa en todos los eventos, productos, servicios, etc. que se desarrollan en los tiempos actuales y eso incluye a todas las instituciones.

Calidad es un concepto que debe ser entendido correctamente, de manera que si se habla de bienes y/o servicios de calidad, no se está hablando exclusivamente de bienes de lujo o excelentes con precios elevados. Para mejorar la Calidad, en términos generales, es preciso dejar de lado el sentido común y referirse estrictamente en los hechos tal como están ocurriendo en un momento en el tiempo.

El tránsito hacia el logro de la Calidad, como señala Ishikawa (1996) ⁽²⁹⁾, requiere en principio establecer una verdadera filosofía de la calidad, lo que debe implicar la creación de una nueva cultura, desarrollar liderazgos eficientes, etc., también se debe buscar resolver de manera acertada los problemas que se presentan cotidianamente en el trabajo, tanto en los procesos de producción como en los servicios, hasta lograr reducir al mínimo los defectos

2.2.5. Calidad de la atención médica

La calidad es un constructo que está recibiendo mucha atención en los tiempos actuales en la medida de que es el elemento por medio del cual se determina si un producto o servicio responde a las expectativas y exigencias de los usuarios. Si se determina que un servicio o producto no es de calidad, entonces su salida del mercado es inminente. Por estas razones en los servicios de salud, a nivel hospitalario o individual, se ha puesto mucha atención en

mejorar los niveles de calidad y competitividad para posicionarse mejor de los mercados. ⁽³⁰⁾

Calidad es un término que tiene una raíz griega (kalos), y significa bueno y bello y a si fue trasladado al latín bajo el nombre de qualitas. En los tiempos actuales los diccionarios la definen como aquellas condiciones o cualidades que identifican particularmente, a una persona o cosa, puedan ser de una manera específica, particular. Este término fue usado posteriormente en la industria y finalmente llego hasta el área de la sanidad. ⁽³¹⁾

En esta área, la calidad se entiende como el tratamiento que proporciona un médico a un paciente portador de una enfermedad claramente identificada, lo que reduce significativamente el riesgo del evento adverso. Visto de esta manera la atención médica y su calidad puede entenderse como la aplicación de la ciencia y la tecnología al tratamiento de una enfermedad, tratando de obtener los mayores beneficios minimizando los riesgos. En consecuencia el grado de calidad se puede establecer considerando que la atención brindada por el profesional médico, debe encontrar el justo equilibrio entre lo que puede entenderse como riesgoso y lo beneficios a lograr, priorizando, por cierto, los beneficios. ⁽³²⁾

Sin embargo en la medicina de hoy, atender al enfermo con los mejores estándares de calidad, va más allá de la actuación del médico que lo atiende por más brillante que sea y es que la eficacia

en la atención tiene que incorporar todos los elementos participantes del sistema de salud. Es verdad que la excelencia del médico es fundamental en el proceso pero no es lo único. La OMS (1985), considera que la asistencia sanitaria para que sea de calidad debe asegurar que cada paciente reciba lo necesario en términos de asistencia, evaluación diagnóstica y tratamiento, de manera que se asegure la obtención de buenos resultados y reduciendo los riesgos a su mínima expresión. ⁽³³⁾

2.3. Marco Conceptual

Desde una perspectiva histórica, por la dimensión y desarrollo de ESSALUD dentro de los planes operativos de Hospital Perú con Actividades asistenciales en todo el país, muy oportuno es Entrenamiento y capacitación permanente del personal Médico en Todos los niveles y grados de complejidad debida a que la situación Que pone en peligro inmediato la vida del paciente es medular Una atención En forma eficaz, oportuna y altamente calificada, evitando las complicaciones y lo que es peor aún la muerte por lo expuesto es necesario que exista, valoración en la mejora continua, en el logro de considerar que existe un concepto sostenible en el tiempo. Cultura de seguridad y calidad de la atención De los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales –Hospital Perú.

2.4. Hipótesis

2.4.1. General

Existe una relación significativa entre la cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales - Hospital Perú.

2.4.2. Específicos

1. La seguridad en el área de trabajo tiene relación directa y significativa con la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.
2. La seguridad brindada por la Dirección tiene relación directa y significativa con la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.
3. La seguridad desde la comunicación tiene relación directa y significativa con la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.
4. La Frecuencia de sucesos notificados tiene relación directa y significativa con la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.

5. La Seguridad desde la atención primaria tiene relación directa y significativa con la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.

2.5. Variables

- Cultura de seguridad del paciente
- Calidad de la atención médica

2.6. Definición operacional de términos

2.6.1. Cultura de seguridad

- Definición Conceptual: Es el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente.
- Definición Operacional: Es la calificación global del grado de seguridad del paciente y el porcentaje de respuestas o percepciones positivas, neutras y negativas a cada una de las áreas que componen la encuesta sobre cultura de seguridad, la cual va a ser medida con la encuesta Hospitalaria de Cultura de Seguridad del Paciente.

2.6.2. Calidad de la Atención médica

Definición Conceptual: Es el tratamiento que proporciona un médico, después de confirmado un diagnóstico, a un episodio de enfermedad que presenta un paciente determinado.

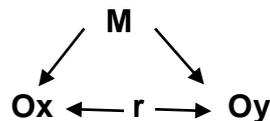
Definición Operacional: Se refiere a la calificación que se efectúa respecto a las formas y condiciones que se producen alrededor de la atención que un paciente recibe del médico tratante. Se mide con el cuestionario de calidad de la atención médica.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 Tipo de investigación

Por otra parte y de acuerdo a lo señalado por Hernández, Fernández y Baptista (2014) ⁽³⁰⁾, el diseño de la presente investigación fue no experimental y de tipo correlacional, transversal, en tanto su propósito es describir, pero no las variables individuales, sino las relaciones entre ellas. En estos diseños lo que se mide es la relación entre variables en un tiempo determinado. Las variables se interrelacionan bajo el siguiente esquema:



M = Esta referida a la muestra de estudio

Ox = Esta referida a los datos de la cultura de seguridad

Oy = Esta referida a los datos de la calidad de la atención médica

r = se refiere a los niveles de correlación entre las variables

3.1.2 Nivel de investigación

De acuerdo a Zorrilla, S. (2007) ⁽³¹⁾, la presente investigación fue de tipo básica en tanto su finalidad está orientada a la producción de conocimiento nuevos que puedan complementar lo ya establecido en las teorías desarrolladas. En este tipo de investigaciones no se resuelve problema alguno, sino que su propósito es obtener mayor información

sobre las vinculaciones que se producen entre diversas variables de estudio. Por otra parte y de acuerdo a lo señalado por Hernández, Fernández y Baptista (2014) ⁽³⁰⁾

r = se refiere a los niveles de correlación entre las variables

3.2. Población y muestra

La población objeto de estudio está constituida por los médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú que en total suman 100 Médicos.

Siguiendo a Hernández, Fernández y Baptista (2014) ⁽³⁰⁾, el tipo de muestra fue no probabilístico de tipo intencionado en tanto fue la autora de la presente investigación quien eligió el lugar donde se trabajó, pues tiene acceso a la muestra y facilidades para la realización del mismo. De la citada población no se seleccionó una muestra en la medida de que el número de médicos es limitado por lo que se hizo necesario trabajar con el número total lo que la convierte en una muestra censal.

3.3. Técnica e instrumentos de recolección de datos

Técnica

La técnica fue la encuesta basada en el análisis de documentos.

Instrumento

En el presente trabajo de tesis se utilizaron dos instrumentos de evaluación; Uno de ellos estuvo destinado a recolectar los datos

referidos a la cultura de seguridad del paciente y otro para la calidad de la atención médica.

Escala de Cultura de seguridad del paciente

Ficha Técnica

Nombre	: Escala de Cultura de seguridad del paciente
Autor	: Agency for Health Care Research and Quality
Año	: 2005
Procedencia	: EEUU
Adaptación	: Ministerio de Sanidad y Consumo España
Administración	: Individual o Colectiva
Duración	: Sin tiempo limitado. Aproximadamente 25 minutos.

Significación: Se trata de un instrumento que consta de cinco escalas independientes (Seguridad en el área de trabajo, Seguridad brindada por la Dirección, Seguridad desde la comunicación, Frecuencia de sucesos notificados y Seguridad desde la atención primaria) que evalúan el grado de cultura sobre seguridad del paciente que presenta el personal de salud de un hospital.

Validez por criterio de jueces

Esta prueba fue sometida al análisis por criterio de jueces para determinar su validez. En la medida de que los criterios técnicos estiman que para el caso de que la validez de contenido se realice con 5, 6 y 7 jueces, se necesita un completo acuerdo entre ellos para que el ítem sea válido (Escrura, 1989), es que se procedió a solicitar la evaluación de seis jueces cuyos resultados se presentan a continuación:

Tabla N° 2
Validez de contenido por criterio de jueces de la dimensión Seguridad
en el área de trabajo

Ítem	Jueces						Total	p
	1	2	3	4	5	6		
1	√	√	√	√	√	√	6	0,016
2	√	√	√	√	√	√	6	0,016
3	√	√	√	√	√	√	6	0,016
4	√	√	√	√	√	√	6	0,016
5	√	√	√	√	√	√	6	0,016
6	√	√	√	√	√	√	6	0,016
7	√	√	√	√	√	√	6	0,016
8	√	√	√	√	√	√	6	0,016
9	√	√	√	√	√	√	6	0,016
10	√	√	√	√	√	√	6	0,016
11	√	√	√	√	√	√	6	0,016
12	√	√	√	√	√	√	6	0,016
13	√	√	√	√	√	√	6	0,016
14	√	√	√	√	√	√	6	0,016
15	√	√	√	√	√	√	6	0,016
16	√	√	√	√	√	√	6	0,016
17	√	√	√	√	√	√	6	0,016
18	√	√	√	√	√	√	6	0,016

Valor de p según tabla estadística de Aiken. Revista de Psicología, editorial PUCP, 1998.vol. 6. N° 1-2

Tabla N° 3

**Validez de contenido por criterio de jueces de la dimensión Seguridad
brindada por la Dirección**

Item	Jueces						Total	p
	1	2	3	4	5	6		
19	√	√	√	√	√	√	6	0,016
20	√	√	√	√	√	√	6	0,016
21	√	√	√	√	√	√	6	0,016
22	√	√	√	√	√	√	6	0,016

Valor de p según tabla estadística de Aiken. Revista de Psicología, editorial PUCP, 1998.vol. 6. N° 1-2

Tabla N° 4

**Validez de contenido por criterio de jueces de la dimensión Seguridad
desde la comunicación**

Item	Jueces						Total	p
	1	2	3	4	5	6		
23	√	√	√	√	√	√	6	0,016
24	√	√	√	√	√	√	6	0,016
25	√	√	√	√	√	√	6	0,016
26	√	√	√	√	√	√	6	0,016
27	√	√	√	√	√	√	6	0,016
28	√	√	√	√	√	√	6	0,016

Valor de p según tabla estadística de Aiken. Revista de Psicología, editorial PUCP, 1998.vol. 6. N° 1-2

Tabla N° 5

**Validez de contenido por criterio de jueces de la dimensión Seguridad
de sucesos notificados**

Item	Jueces						Total	p
	1	2	3	4	5	6		
29	√	√	√	√	√	√	6	0,016
30	√	√	√	√	√	√	6	0,016
31	√	√	√	√	√	√	6	0,016

Valor de p según tabla estadística de Aiken. Revista de Psicología, editorial PUCP, 1998.vol. 6. N° 1-2

Tabla N° 6

Validez de contenido por criterio de jueces de la dimensión Seguridad desde la atención primaria

Item	Jueces						Total	p
	1	2	3	4	5	6		
32	√	√	√	√	√	√	6	0,016
33	√	√	√	√	√	√	6	0,016
34	√	√	√	√	√	√	6	0,016
35	√	√	√	√	√	√	6	0,016
36	√	√	√	√	√	√	6	0,016
37	√	√	√	√	√	√	6	0,016
38	√	√	√	√	√	√	6	0,016
39	√	√	√	√	√	√	6	0,016
40	√	√	√	√	√	√	6	0,016
41	√	√	√	√	√	√	6	0,016
42	√	√	√	√	√	√	6	0,016

Valor de p según tabla estadística de Aiken. Revista de Psicología, editorial PUCP, 1998.vol. 6. N°

Confiabilidad del Instrumento

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar los análisis estadísticos respectivos, los mismos que se presentan a continuación:

Tabla N° 7
Análisis Generalizado de la Prueba de Cultura de Seguridad del
Paciente

Item	M	D. E.	r_{itc}
Seguridad en el área de trabajo	55,27	9,53	0,37
Seguridad brindada por la Dirección	14,24	2,44	0,51
Seguridad desde la comunicación	20,72	4,21	0,40
Frecuencia de sucesos notificados	9,48	3,11	0,51
Seguridad desde la atención primaria	34,59	6,03	0,51
Alfa de Cronbach = 0,70*			

* $p < ,05$
N = 100

En la tabla N° 7, los resultados que se presentan indican que, el análisis efectuado con la utilización del estadístico alfa de Cronbach, da un valor global de 0,70 lo que indica que la prueba de cultura de seguridad del paciente, es confiable. Así mismo, los resultados muestran que todos las dimensiones, que en este análisis cobran valor de ítems, presentan valores superiores al mínimo permitido que es de 0,20, por lo que todos son confiables y deben formar parte integrante de la prueba total.

Cuestionario de Calidad de la atención médica

Ficha Técnica

Nombre:	Cuestionario de Calidad de la atención médica
Autor:	Nancy Stuccki de Casanova
Procedencia:	UNFV
Año:	2006
Administración:	Individual
Duración:	Sin tiempo limitado. Aproximadamente 20 minutos.

Significación: Este es un instrumento que consta de cuatro sub escalas independientes, Atención clínica del Médico, Información ofrecida por el médico, Tiempo de dedicación del médico y Recursos e infraestructura, que evalúan la calidad de la atención médica salud de acuerdo. La prueba está compuesta por un total de 30 ítems, los cuales se presentan en una escala de 1 a 5 desde absoluto desacuerdo hasta absolutamente de acuerdo.

Como en el caso anterior y bajo las mismas condiciones, esta prueba fue sometida al análisis por criterio de jueces para determinar su validez. Los resultados se presentan a continuación:

Tabla N° 8

**Validez de contenido por criterio de jueces de la dimensión Atención
clínica del Médico**

Ítem	Jueces						Total	p
	1	2	3	4	5	6		
1	√	√	√	√	√	√	6	0,016
2	√	√	√	√	√	√	6	0,016
3	√	√	√	√	√	√	6	0,016
4	√	√	√	√	√	√	6	0,016
5	√	√	√	√	√	√	6	0,016
6	√	√	√	√	√	√	6	0,016
7	√	√	√	√	√	√	6	0,016
8	√	√	√	√	√	√	6	0,016
9	√	√	√	√	√	√	6	0,016
10	√	√	√	√	√	√	6	0,016

Valor de p según tabla estadística de Aiken. Revista de Psicología, editorial PUCP, 1998.vol. 6. N° 1-2

Tabla N° 9

**Validez de contenido por criterio de jueces de la dimensión Información
ofrecida por el médico**

Ítem	Jueces						Total	p
	1	2	3	4	5	6		
11	√	√	√	√	√	√	6	0,016
12	√	√	√	√	√	√	6	0,016
13	√	√	√	√	√	√	6	0,016
14	√	√	√	√	√	√	6	0,016
15	√	√	√	√	√	√	6	0,016
16	√	√	√	√	√	√	6	0,016
17								

Valor de p según tabla estadística de Aiken. Revista de Psicología, editorial PUCP, 1998.vol. 6. N° 1-2

Tabla N° 10

Validez de contenido por criterio de jueces de la dimensión Tiempo de dedicación del médico

Item	Jueces						Total	p
	1	2	3	4	5	6		
18	√	√	√	√	√	√	6	0,016
19	√	√	√	√	√	√	6	0,016
20	√	√	√	√	√	√	6	0,016
21	√	√	√	√	√	√	6	0,016
22	√	√	√	√	√	√	6	0,016
23	√	√	√	√	√	√	6	0,016

Valor de p según tabla estadística de Aiken. Revista de Psicología, editorial PUCP, 1998.vol. 6. N° 1-2

Tabla N° 11

Validez de contenido por criterio de jueces de la dimensión Recursos e infraestructura

Item	Jueces						Total	p
	1	2	3	4	5	6		
24	√	√	√	√	√	√	6	0,016
25	√	√	√	√	√	√	6	0,016
26	√	√	√	√	√	√	6	0,016
27	√	√	√	√	√	√	6	0,016
28	√	√	√	√	√	√	6	0,016
29	√	√	√	√	√	√	6	0,016
30	√	√	√	√	√	√	6	0,016

Valor de p según tabla estadística de Aiken. Revista de Psicología, editorial PUCP, 1998.vol. 6. N° 1-2

Confiabilidad del Instrumento

Como en el caso anterior, para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar los análisis estadísticos respectivos, los mismos que se presentan a continuación:

Tabla N° 12
Análisis Generalizado de la confiabilidad de la Prueba de Calidad de la Atención

Ítems	Media	D.E.	ritc
Atención clínica del Médico	32,68	6,99	0,69
Información ofrecida por el médico	23,16	6,14	0,49
Tiempo de dedicación del médico	14,24	5,40	0,37
Recursos e infraestructura	20,44	6,79	0,22
Alfa de Cronbach = 0,74 *			

* $p < ,05$

N = 100

En la tabla N° 12, los resultados que se presentan indican que, el análisis efectuado con la utilización del estadístico alfa de Cronbach, da un valor global de 0,74 lo que indica que la prueba de calidad de la atención, es confiable. Así mismo, los resultados muestran que todos las dimensiones, que en este análisis cobran valor de ítems, presentan valores superiores al mínimo permitido que es de 0,20, por lo que todos son confiables y deben formar parte integrante de la prueba total.

3.4. Diseño de Recolección de Datos

Al plantearse una hipótesis de investigación, de inmediato se debe trazar toda una estrategia metodológica para poder probarla. En principio se

debe determinar el tamaño de la muestra, a la que se le aplicara los instrumentos de medición que servirán para recolectar los datos los mismos que luego fueron llevados a una base de datos contenidas en el paquete estadístico SPSS v 23, el mismo que permitió realizar los análisis respectivos. Los análisis de correlación se hicieron utilizando el estadístico rho de Spearman. Los resultados fueron comparados tanto con las teorías que sirvieron de base como con los trabajos de investigación que antecedieron a la presente tesis.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

El proceso analítico, principalmente se basa en la aplicación de los estadígrafos descriptivos tales como la frecuencia y los porcentajes, presentados en tablas generadas con ayuda del programa estadístico SPSS, asimismo, se utilizó los siguientes estadígrafos inferenciales:

- **Índice de confianza α de Crombach:** Esta mide la homogeneidad de los ítems y se define como el grado en que los reactivos de la prueba se correlacionan entre sí. Este coeficiente implica trabajar con los resultados de todas las pruebas incluyéndose en el análisis las respuestas individuales a cada ítem, su ecuación es:

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_x^2} \right]$$

- **Índice de correlación Rho de Spearman:**

Este estadígrafo nos permitió verificar la veracidad de las hipótesis con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, los cuales fueron presentados en tablas generadas con ayuda del programa estadístico mencionado y los cuales fueron interpretados cada una de ellas.

3.6. Aspectos Éticos.

En la presente investigación el personal médico participo de forma voluntaria en la realización de los cuestionarios respetando la discreción en la identidad de todos los participantes la cual se mantuvieron en reserva, por lo cual permitieron su conformidad de participar en dicha investigación.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

Se presenta el análisis inferencial de la investigación respecto a la relación entre las variables. A fin de cualificar los resultados de la investigación, se han designado valores en una escala y niveles tanto para las variables V_1 y V_2 , sus respectivas dimensiones, correspondiente a rangos, cuyos datos fueron analizados e interpretados con ayuda del software estadístico SPSS versión 23, con el cual se efectuó el análisis inferencial con la prueba de hipótesis usando el estadígrafo índice de Correlación de Rho de Spearman.

4.1.1 Análisis descriptivos

Tabla N° 13

Distribución de respuestas de la Escala de seguridad del paciente.

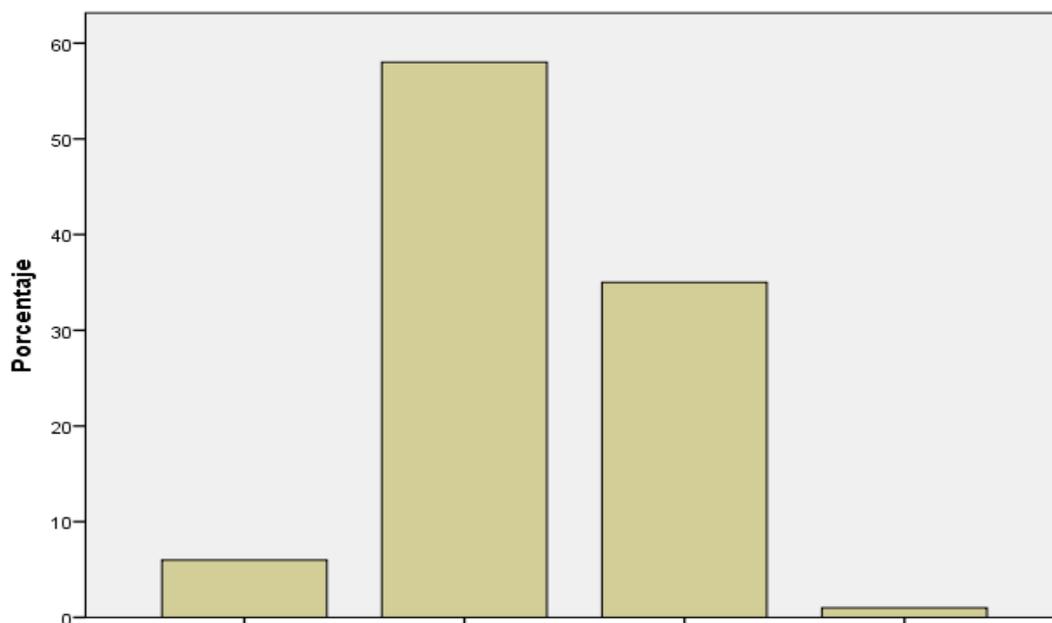
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	6	6,0
En desacuerdo	0	0,0
Indeciso	58	58,0
De acuerdo	35	35,0
Totalmente de acuerdo	1	1,0
Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación.

En la tabla 13 se observa que el 58% de encuestados se mostró indeciso con la cultura de seguridad del paciente, el 35% se mostro de acuerdo, el 6% estuvieron totalmente en desacuerdo y el 1% indico estar totalmente de acuerdo con lo planteado en la Institución en estudio, tal como se muestra en la siguiente Grafico.

Grafico 1: Niveles de la variable Cultura de seguridad del paciente.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla N° 14

Distribución de respuestas de la dimensión Seguridad en el área de trabajo

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	1	1,0
En desacuerdo	5	5,0
Indeciso	54	54,0
De acuerdo	39	39,0
Totalmente de acuerdo	1	1,0
Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

En la tabla 14 se observa que el 54% de encuestados se mostró indeciso con la seguridad en el área de trabajo, el 39% indico estar de acuerdo, el 5%% indico estar en desacuerdo y el 1% se mostró totalmente en desacuerdo y de

acuerdo respectivamente en la Institución en estudio, tal como se muestra en la siguiente Grafico.

Grafico 2: Niveles de la dimensión Seguridad en el área de trabajo.

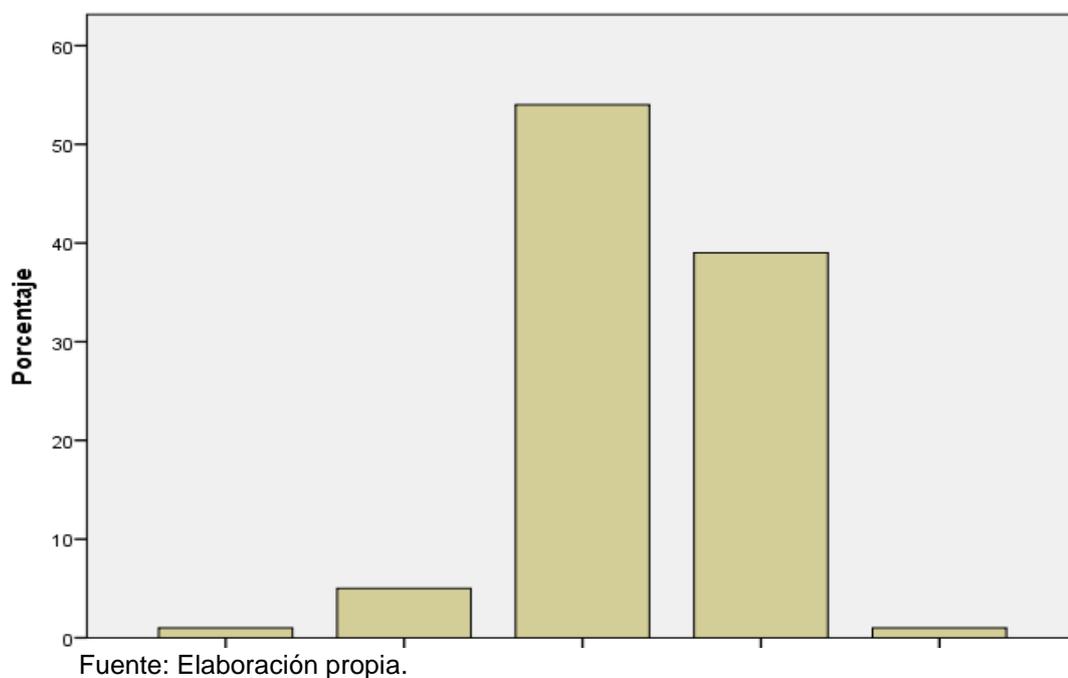


Tabla N° 15

Distribución de respuestas de la dimensión Seguridad brindada por la Dirección

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	3	3,0
En desacuerdo	36	36,0
Indeciso	57	57,0
De acuerdo	4	4,0
Totalmente de acuerdo	0	0,0
Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

El 57% de encuestados se mostró indeciso con la seguridad brindada por la Dirección, el 36% indico estar en desacuerdo, el 4% estuvo de acuerdo y el 3% se mostró totalmente en desacuerdo en la Institución en estudio, tal como se muestra en la siguiente Grafico.

Grafico 3: Niveles de la dimensión Seguridad brindada por la Dirección.

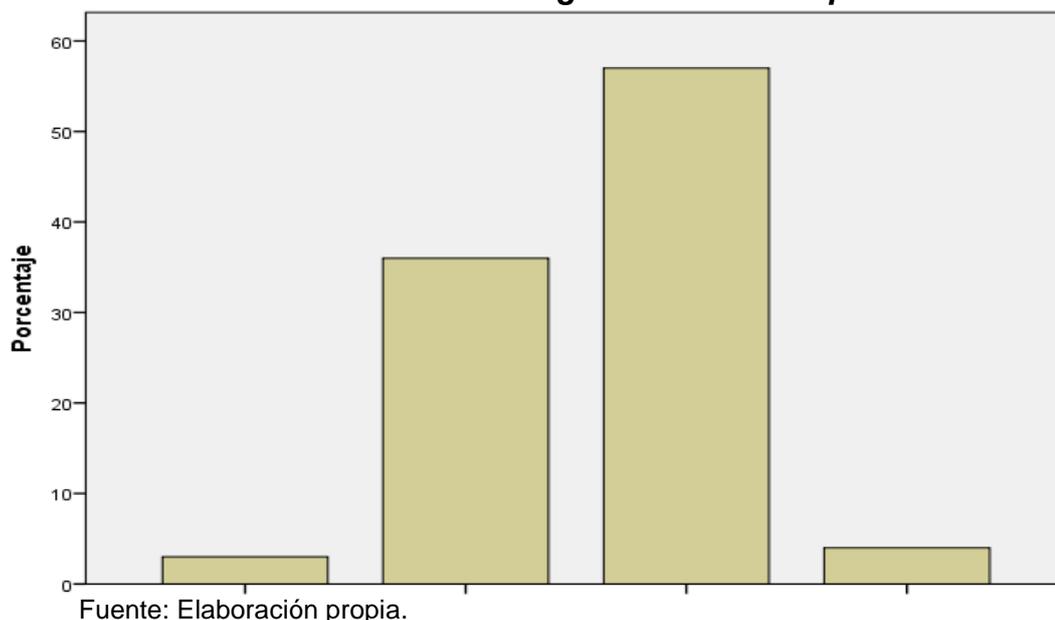


Tabla N° 16

Distribución de respuestas de la dimensión Seguridad desde la comunicación

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	1	1,0
En desacuerdo	7	7,0
Indeciso	58	58,0
De acuerdo	31	31,0
Totalmente de acuerdo	3	3,0
Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 16 se observa que el 58% de encuestados se mostró indeciso con la seguridad desde la comunicación, el 31% indico estar de acuerdo, el 7% estuvo en desacuerdo, el 3% se mostró totalmente de acuerdo y el 1% indico estar totalmente en desacuerdo en la Institución en estudio, tal como se muestra en la siguiente Grafico.

Grafico 4: Niveles de la dimensión Seguridad desde la comunicación.

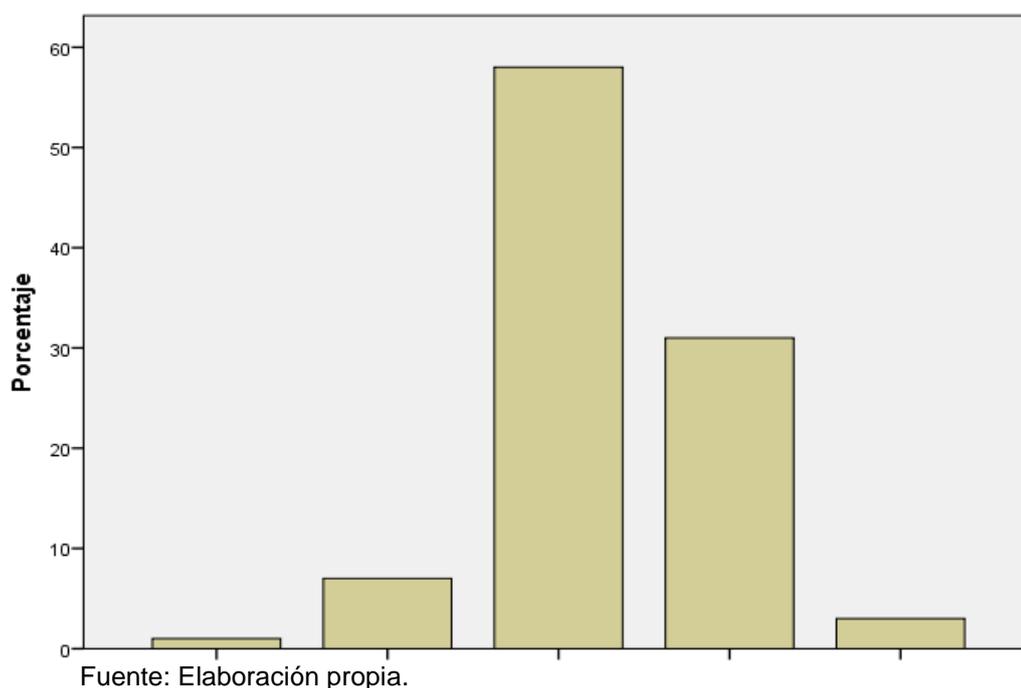


Tabla N° 17

Distribución de respuestas de la dimensión Seguridad de sucesos notificados

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	7	7,0
En desacuerdo	62	62,0
Indeciso	29	29,0
De acuerdo	2	2,0
Totalmente de acuerdo	0	0,0
Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

El 62% de encuestados indicaron estar en desacuerdo con la seguridad de sucesos notificados, el 29% se mostró indeciso, el 7% indicó estar totalmente en desacuerdo y el 2% indicó estar de acuerdo en la Institución en estudio, tal como se muestra en la siguiente Gráfico.

Gráfico 5: Niveles de la dimensión Seguridad de sucesos notificados.

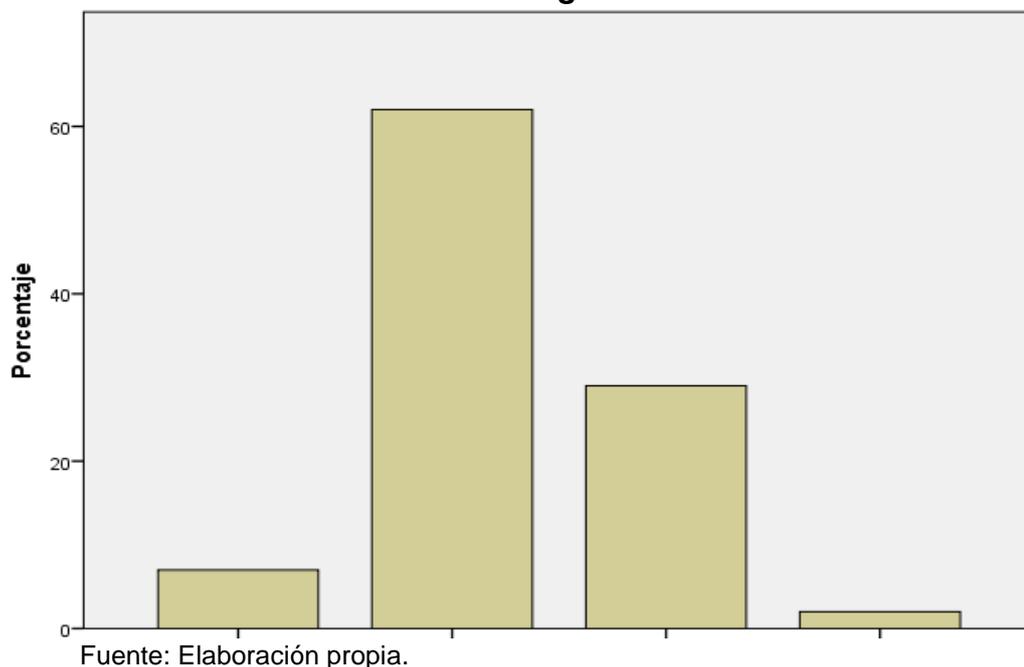


Tabla N° 18

Distribución de respuestas de la dimensión Seguridad desde la atención primaria

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0,0
En desacuerdo	14	14,0
Indeciso	59	59,0
De acuerdo	25	25,0
Totalmente de acuerdo	2	2,0
Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

El 59% de encuestados se mostró indeciso con la seguridad desde la atención primaria, el 25% indico estar de acuerdo, el 14% indico estar en desacuerdo y el 2% indico estar totalmente de acuerdo en la Institución en estudio, tal como se muestra en la siguiente Grafico.

Grafico 6: Niveles de la dimensión Seguridad desde la atención primaria.

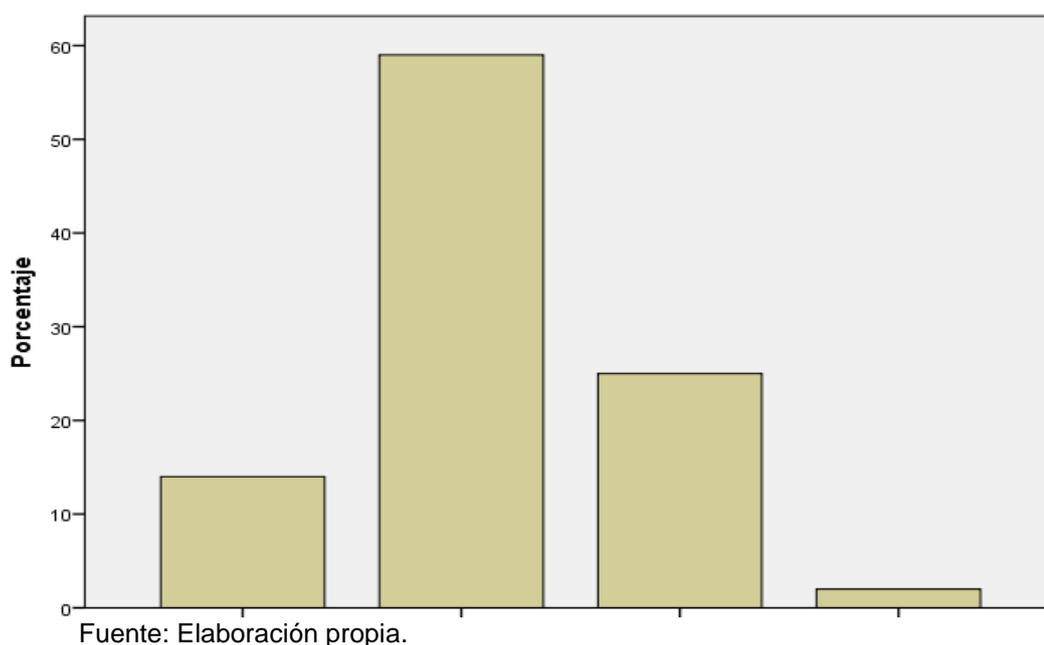


Tabla N° 19

Distribución de respuestas de la Calidad de la atención médica

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	2	2,0
En desacuerdo	12	12,0
Indeciso	50	50,0
De acuerdo	30	30,0
Totalmente de acuerdo	6	6,0
Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

El 50% de encuestados se mostró indeciso con la calidad de la atención médica, el 30% indico estar de acuerdo, el 12% indico estar en desacuerdo, el 6% indico estar totalmente de acuerdo y el 2% indico estar totalmente en desacuerdo en la Institución en estudio, tal como se muestra en la siguiente Grafico.

Grafico 7: Niveles de la variable Calidad de la atención médica.

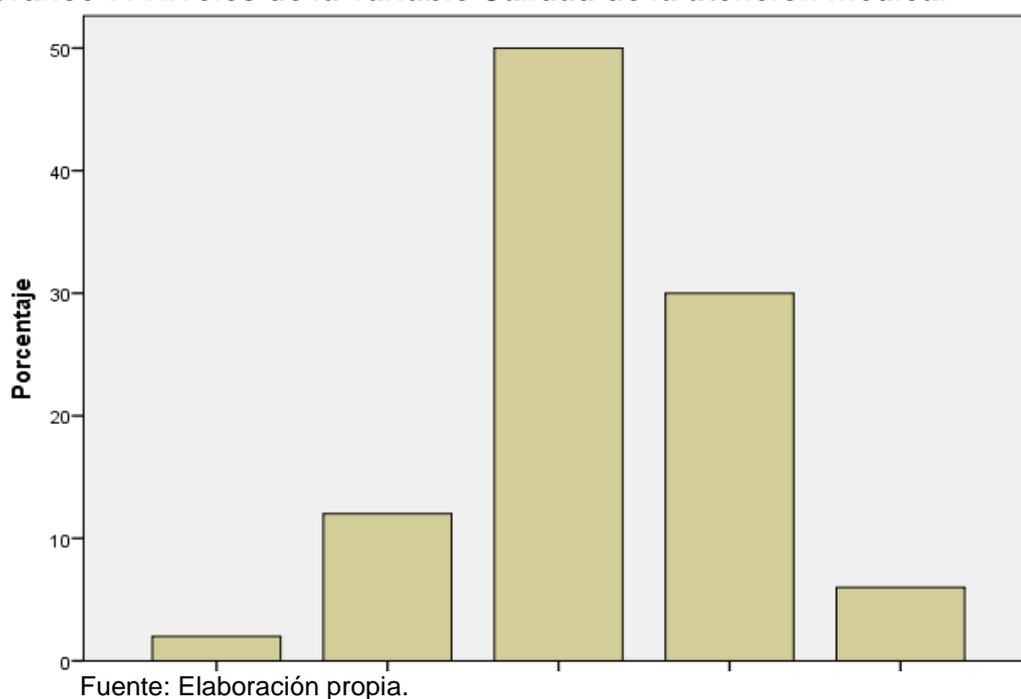


Tabla N° 20

Distribución de respuestas de la dimensión Atención clínica del Médico

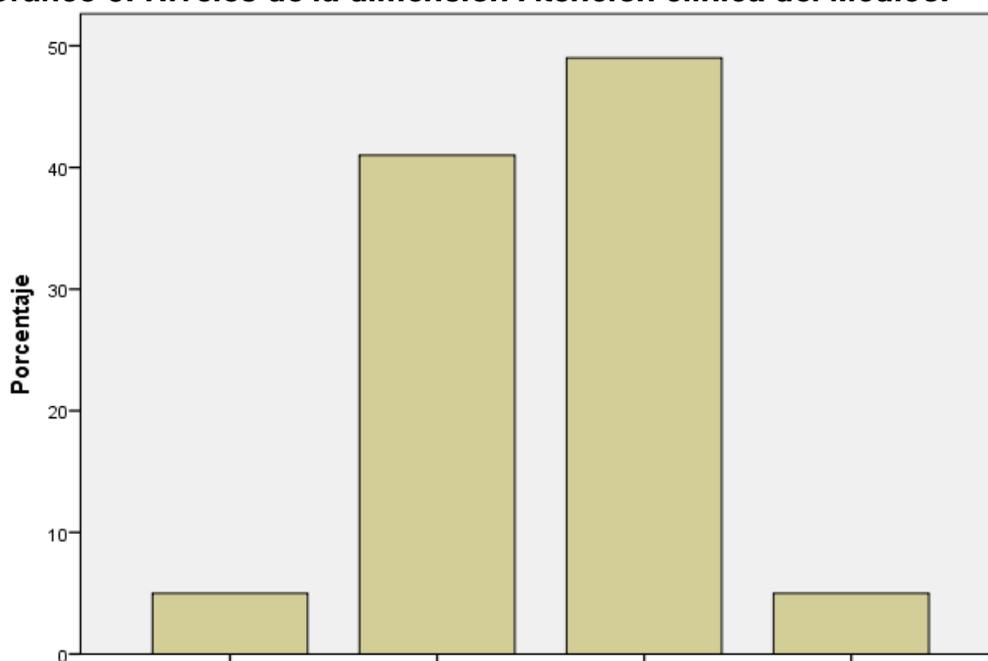
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	0	0,0
En desacuerdo	5	5,0
Indeciso	41	41,0
De acuerdo	49	49,0
Totalmente de acuerdo	5	5,0
Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

El 49% de encuestados indico estar de acuerdo con la atención clínica del Médico, el 41% se mostró indeciso, el 5% indico estar totalmente de acuerdo y desacuerdo respectivamente en la Institución en estudio, tal como se muestra en la siguiente Grafico.

Grafico 8: Niveles de la dimensión Atención clínica del Médico.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla N° 21

Distribución de respuestas de la dimensión Información ofrecida por el médico

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	1	1,0
En desacuerdo	5	5,0
Indeciso	54	54,0
De acuerdo	39	39,0
Totalmente de acuerdo	1	1,0
Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

El 54% de encuestados se mostró indeciso con la Información ofrecida por el médico, el 39% indico estar de acuerdo, el 5% indico estar en desacuerdo y el 1% se mostró totalmente en desacuerdo y de acuerdo respectivamente en la Institución en estudio, tal como se muestra en la siguiente Grafico.

Grafico 9: Niveles de la dimensión Información ofrecida por el médico.

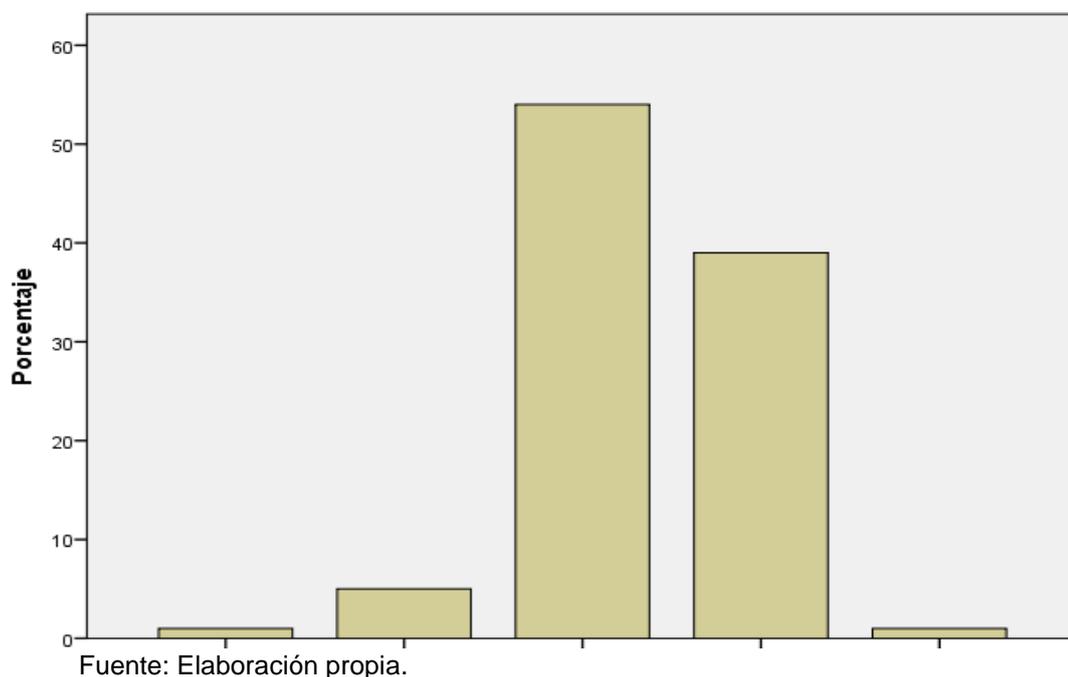


Tabla N° 22

Distribución de respuestas de la dimensión Tiempo de dedicación del médico

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	2	2,0
En desacuerdo	12	12,0
Indeciso	50	50,0
De acuerdo	30	30,0
Totalmente de acuerdo	6	6,0
Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

El 50% de encuestados se mostró indeciso con el tiempo de dedicación del médico, el 30% indico estar de acuerdo, el 12% indico estar en desacuerdo, el 6% indico estar totalmente de acuerdo y el 2% indico estar totalmente en desacuerdo en la Institución en estudio, tal como se muestra en la siguiente Grafico.

Grafico 10: Niveles de la variable Tiempo de dedicación del médico.

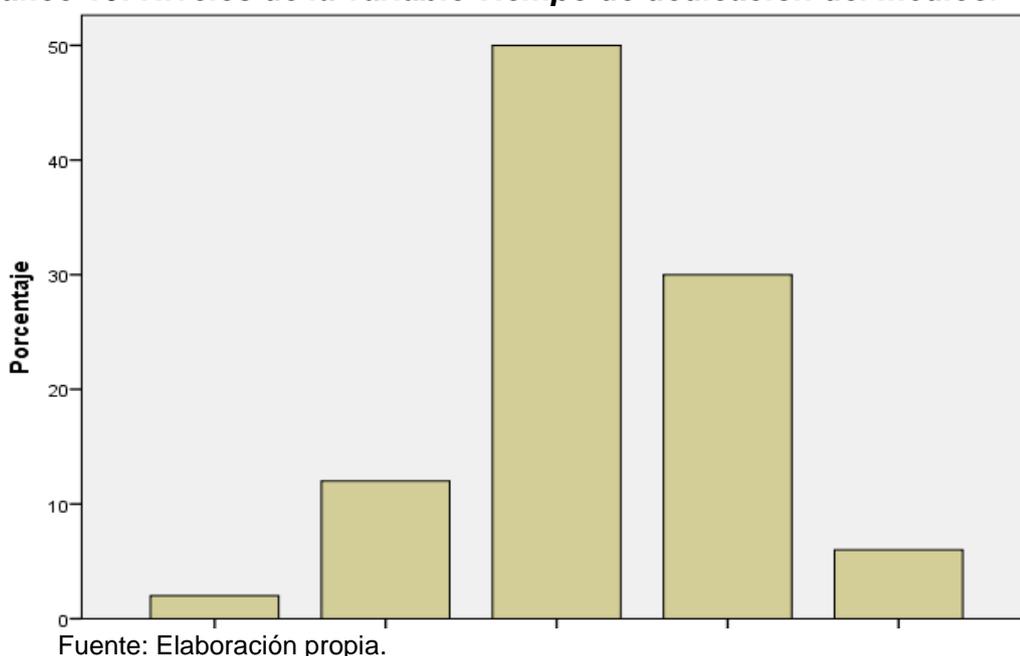


Tabla N° 23

Distribución de respuestas de la dimensión Recursos e infraestructura

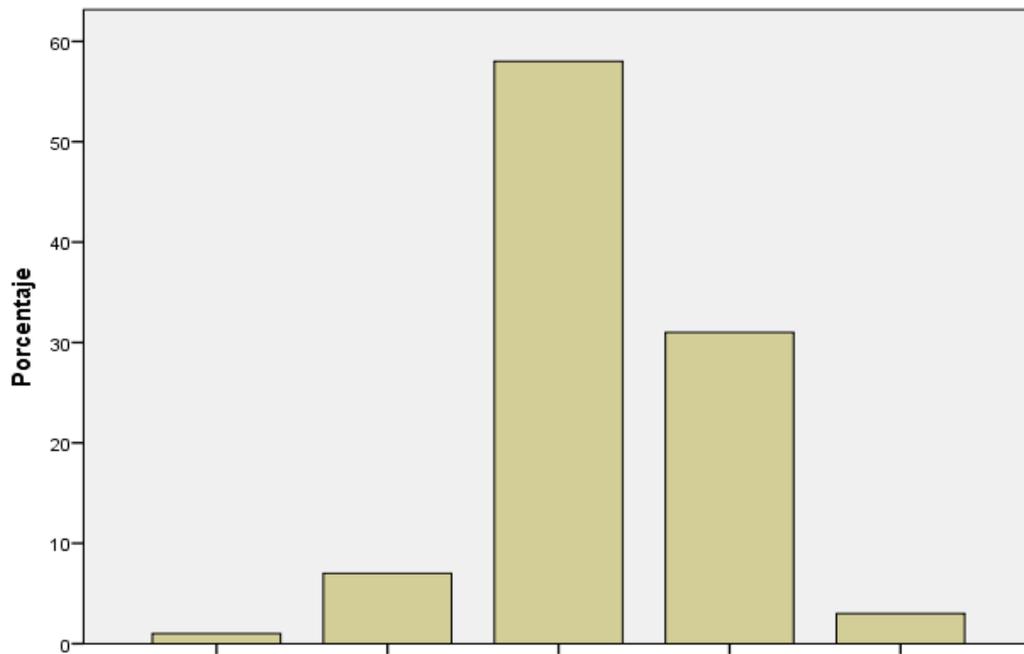
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Totalmente en desacuerdo	1	1,0
En desacuerdo	7	7,0
Indeciso	58	58,0
De acuerdo	31	31,0
Totalmente de acuerdo	3	3,0
Total	100	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Interpretación

El 58% de encuestados se mostró indeciso con los recursos e infraestructura, el 31% indico estar de acuerdo, el 7% estuvo en desacuerdo, el 3% se mostró totalmente de acuerdo y el 1% indico estar totalmente en desacuerdo en la Institución en estudio, tal como se muestra en la siguiente Grafico.

Grafico 11: Niveles de la dimensión Recursos e infraestructura.



Fuente: Elaboración propia.

4.1.2 Análisis de correlación

Tabla N° 24

Análisis de Correlación con la Rho de Spearman entre la Cultura de Seguridad y la calidad de atención de los médicos

Variables	Calidad de la atención
Cultura de Seguridad	0,74***

*** $p < ,001$
N = 100

En la Tabla N° 24, se presentan los resultados del análisis de correlación realizados con el estadístico rho de Spearman y en el que se observa la existencia de correlaciones significativas y positivas entre las variables ($r = 0,74$), por lo que se concluye que la hipótesis general de investigación ha sido aceptada.

Prueba de la Hipótesis específica 1.

Tabla N° 25

Análisis de Correlación con la Rho de Spearman entre la dimensión Seguridad en el área de trabajo y la Cultura de Seguridad del Paciente

Variables	Cultura de Seguridad del Paciente
Seguridad en el área de trabajo	0,70***

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$
N = 100

Elaborado por: Rosario Canchis de la Cruz. Lima 2018.

En la Tabla N° 25, se presentan los resultados del análisis de correlación realizados con el estadístico rho de Spearman y en el que se observa la existencia de correlaciones significativas y positivas entre las variables ($r = 0,70$), por lo que se concluye que la hipótesis específica de investigación primera, ha sido aceptada.

Prueba de la Hipótesis específica 2.

Tabla N° 26
Análisis de Correlación con la Rho de Spearman entre la dimensión
Seguridad brindada por la Dirección y la Cultura de Seguridad del
Paciente

Variables	Cultura de Seguridad del Paciente
Seguridad brindada por la Dirección	0,65***

* p < ,05 ** p < ,01 *** p < ,001
N = 100

Elaborado por: Rosario Canchis de la Cruz. Lima 2018.

En la Tabla N° 26, se presentan los resultados del análisis de correlación realizados con el estadístico rho de Spearman y en el que se observa la existencia de correlaciones significativas y positivas entre las variables ($r = 0,65$), por lo que se concluye que la hipótesis específica de investigación segunda, ha sido aceptada.

Prueba de la Hipótesis específica 3

Tabla N° 27
Análisis de Correlación con la Rho de Spearman entre la dimensión
Seguridad desde la comunicación y la Cultura de Seguridad del
Paciente

Variables	Cultura de Seguridad del Paciente
Seguridad desde la comunicación	0,71***

* p < ,05 ** p < ,01 *** p < ,001

N = 100

Elaborado por: Rosario Canchis de la Cruz. Lima 2018.

En la Tabla N° 27, se presentan los resultados del análisis de correlación realizados con el estadístico rho de Spearman y en el que se observa la existencia de correlaciones significativas y positivas entre las variables ($r = 0,71$), por lo que se concluye que la hipótesis específica de investigación tercera, ha sido aceptada.

Prueba de la Hipótesis específica 4.

Tabla N° 28

Análisis de Correlación con la Rho de Spearman entre la dimensión Seguridad de sucesos notificados y la Cultura de Seguridad del Paciente

Variab les	Cultura de Seguridad del Paciente
Seguridad de sucesos notificados	0,67***

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

N = 100

Elaborado por: Rosario Canchis de la Cruz. Lima 2018.

En la Tabla N° 28, se presentan los resultados del análisis de correlación realizados con el estadístico rho de Spearman y en el que se observa la existencia de correlaciones significativas y positivas entre las variables ($r = 0,67$), por lo que se concluye que la hipótesis específica de investigación cuarta, ha sido aceptada.

Prueba de la Hipótesis específica 5.

Tabla N° 29
Análisis de Correlación con la Rho de Spearman entre la dimensión Seguridad de sucesos notificados y la Cultura de Seguridad del Paciente

Variab les	Cultura de Seguridad del Paciente
Seguridad de sucesos notificados	0,83***

* $p < ,05$ ** $p < ,01$ *** $p < ,001$
N = 100

Elaborado por: Rosario Canchis de la Cruz. Lima 2018.

En la Tabla N° 29, se presentan los resultados del análisis de correlación realizados con el estadístico rho de Spearman y en el que se observa la existencia de correlaciones significativas y positivas entre las variables ($r = 0,83$), por lo que se concluye que la hipótesis específica de investigación quinta, ha sido aceptada.

4.2. DISCUSIÓN

En el desarrollo de un proceso de investigación es indispensable contar con instrumentos que sean válidos, para garantizar el éxito de la tarea, en tanto son estos instrumentos los que nos van a permitir contar con los datos que se necesitan para poder llevar adelante la prueba de las hipótesis formuladas. Atendiendo a estas razones es que una de las primeras acciones

que se debieron realizar fue realizar los procedimientos respectivos que aseguren la validez de los instrumentos, lo que en efecto así ocurrió.

En lo que se refiere a la hipótesis general de investigación planteada; “La cultura de seguridad tiene relación directa y significativa con la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia en estudio”, los resultados dan clara evidencia de que ambas variables están significativamente relacionadas, por lo que es menester que las instituciones de salud tengan muy presente estos datos en el diseño de programas de mejoramiento organizacional, de tal manera que puedan enrumbar a sus instituciones hacia el logro de la calidad de los servicios que ofrecen.

Así mismo se debe señalar que estos resultados se encuentran en la misma dirección que los reportados por Torbes (2016) y Mongui (2015), quienes señalan que es necesario mejorar las condiciones y niveles de la calidad de la atención en la institución, aplicando un plan de intervención con proyectos de mejora de la atención médica, puesto que lo contrario va a poner en riesgo la seguridad del paciente, rompiendo la armonía del proceso de atención médica

Por otro lado se debe mencionar también que se ha coincidido con el trabajo de Giraldo, P. y Montoya, M. (2013) y Wegner, W y Rubim, E. (2012), quienes ponen de manifiesto que la cultura de seguridad del paciente está asociada con todos los procedimientos destinados a garantizar la calidad en salud, así mismo estos estudios recomiendan cambios urgentes en el personal de salud a fin de promover la construcción de una cultura de seguridad, que ponga el

acento principal en la atención de calidad, que minimice la ocurrencia de eventos adversos en todos los procesos de atención de los pacientes.

Por otra parte se debe promover una mejora sustantiva en la calidad de la atención del paciente, en tanto es una estrategia de planificación a largo plazo que promueve el aprendizaje, trabajo colaborativo y la innovación, encaminados a incrementar la competitividad, mejorar el clima laboral, y el poder resolutivo de los profesionales asistenciales y de los directivos y los grupos de apoyo, mediante una administración eficiente de la institución que debe buscar la promoción de una cultura preventiva en pro de la seguridad del paciente, que estimule el reporte y no castigue el error, evidenciando la promoción en la identificación de la ocurrencia de errores, incidentes y eventos adversos, el análisis del error no punitivo centrado en el individuo y no en el castigo, el compromiso de la alta dirección para intervenir los aspectos más vulnerables que ponen en riesgo la seguridad, destinando los recursos necesarios para la mejora continua de los procesos de calidad.

A partir de los resultados de diversas investigaciones y evaluaciones realizadas, se pone en evidencia la necesidad de generar sistemas de control de riesgos que se deben implementar a fin de reducir significativamente los errores que se puedan cometer aun si son involuntarios. En la nueva comprensión del tema se requiere trabajar para que la gente comprenda que el reporte podría mejorar la calidad y la seguridad del paciente, garantizando que no habrá represalias y que todos conocen el sistema.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Primera: En base a la prueba de la hipótesis general, teniendo en cuenta que se obtuvo una correlación alta con el índice Rho de Spearman = 0.741 y un valor de prueba $p = 0.001$, el cual es altamente significativo, podemos concluir que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó como verdadera la hipótesis alternativa, quedando demostrado que. Existe relación significativa entre la cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales - Hospital Perú.

Segunda: En base a la prueba de la primera hipótesis específica, teniendo en cuenta que se obtuvo una correlación moderada con el índice Rho de Spearman = 0.702 y un valor de prueba $p = 0.001$, el cual es altamente significativo, corroborando con esta evidencia estadística que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó como verdadera la hipótesis alternativa quedando demostrado que. Existe relación significativa entre la seguridad en el área de trabajo y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.

Tercera: En base a la prueba de la segunda hipótesis específica, teniendo en cuenta que se obtuvo una correlación moderada con el índice Rho de Spearman = 0.651 y un valor de prueba $p = 0.001$, el cual es altamente significativo, corroborando con esta evidencia estadística que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó como verdadera la hipótesis alternativa quedando demostrado que. Existe relación significativa entre la seguridad brindada por la Dirección de la cultura

de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.

Cuarta: En base a la prueba de la tercera hipótesis específica, teniendo en cuenta que se obtuvo una correlación alta con un índice Rho de Spearman = 0.712 y un valor de prueba $p = 0.001$, el cual es altamente significativo, corroborando con esta evidencia estadística que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó como verdadera la hipótesis alternativa quedando demostrado que. Existe relación significativa entre la seguridad desde la comunicación y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.

Quinta: En base a la prueba de la cuarta hipótesis específica, teniendo en cuenta que se obtuvo una correlación moderada con el índice Rho de Spearman = 0.669 y un valor de prueba $p = 0.002$, el cual es altamente significativo, corroborando con esta evidencia estadística que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó como verdadera la hipótesis alternativa quedando demostrado que. Existe relación significativa entre la seguridad de sucesos notificados y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.

Sexta: En base a la prueba de la quinta hipótesis específica, teniendo en cuenta que se obtuvo una alta correlación determinada con el índice Rho de Spearman = 0.829 y un valor de prueba $p = 0.001$, el cual es altamente significativo, corroborando con esta evidencia estadística que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó como verdadera la hipótesis alternativa quedando demostrado que. Existe relación significativa entre la seguridad desde la atención primaria de la

cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.

4.2. RECOMENDACIONES

Primera. Recomendamos a los investigadores en este tema, así como a los Directivos de la de la gerencia en estudio, implementar la cultura de seguridad, puesto que las evidencias halladas en esta tesis indican que, esta tiene efectos positivos demostrados en la calidad de la atención.

Segunda. Recomendamos a lo(a)s, futuros tesisistas interesados en realizar estudios relacionados a la seguridad en el área de trabajo, ya que es estratégico el uso de esta, que como el caso de nuestra investigación hemos comprobado con importantes niveles de significancia que esta tiene efectos positivos demostrados en la calidad de la atención que presentan los Médicos.

Tercera. Recomendamos a los docentes investigadores, gerentes, directores de tecnologías, que es necesario implementar medidas de seguridad brindadas por la Dirección de la institución en estudio, ya que la atención que brindan los Médicos es un aporte al desarrollo de nuestra sociedad que como el caso de nuestra investigación hemos comprobado con importantes niveles de significancia su efecto en la calidad de la atención.

Cuarta. Recomendamos a los Directivos y gerentes de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú y a los futuros investigadores, especialistas, directores de

tecnologías y docentes en general hacer una reflexión crítica constructiva, que implique el cambio de actitud en su labor, pasando por una actitud reparadora en lo referente a la seguridad desde la comunicación, como estrategia y como medio tecnológico emergente eficiente, ya que hemos demostrado en la presente investigación que esta tiene efecto significativo en la calidad de la atención que presentan los Médicos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health Care System. National Academy Press, Washington, D.C., 2000.
- (2) Giraldo, P. y Montoya, M. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un Hospital de Antioquia Colombia, 2013. Tesis de Maestría. Universidad CES. Medellin.
- (3) The National Quality Forum: Safe Practices for Better Healthcare. A Consensus report. Washington: NQF; 2003.
- (4) Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la Atención Médica. Revista Salud de Seguridad Social del Instituto Mexicano de Seguridad Social, México, 1986; 28:324-327.
- (5) Bernuy, M. Clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, Lima 2016. Tesis de Maestría. Universidad Cesar Vallejo, 2016.
- (6) Torres, M., Torres Lajo, M., Solís, R., Grajeda, A., Danielli, J. y Coronel, E. Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de un hospital nacional de Lima. Revista IIPSI, VOL. 19 - N.º 1 - 2016 PP. 135 - 146. Facultad de Psicología UNMSM. 2016.
- (7) Cosavalente, Y. La seguridad en el cuidado a la persona hospitalizada en el servicio de cirugía – hospital Essalud Naylamp, Chiclayo 2013. Tesis Profesional. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. 2014.
- (8) López, V.; Puentes, M. y Ramírez, A. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital público de primer nivel en el municipio de Villeta. Tesis de Maestría. Universidad del Rosario. Bogotá. 2016.

- (9) Mongui, E. (2015). Percepción de la calidad de la atención médica en población con discapacidad físico-motora que acude a la fundación A.P.R.I.L.P. Tesis de maestría. Universidad Nacional de la Plata.
- (10) Camargo, G.; Queiroz, A.; Silvestre, N. y de Camargo Silva, A. Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Revista Enfermería global*, vol.13, n.33, pp.336-348. 2014.
- (11) Del Salto, E. (2013). Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el Departamento Médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2012. Tesis de maestría. Universidad Central del Ecuador.
- (12) Giraldo, P. y Montoya, M. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de Antioquia Colombia, 2013. Tesis Doctoral. Universidad CES de Medellín, Colombia. 2013.
- (13) Wegner, W y Rubim, E. La seguridad del paciente en las circunstancias de cuidado: prevención de eventos adversos en la hospitalización infantil. Tesis Doctoral. Universidad Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. 2012.
- (14) Bravo, M. (2011). Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Subcentro de Salud de Amaguaña. Tesis de especialista. Universidad Técnica Particular de Loja.
- (15) Roqueta E, Tomás S, Chanovas M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias* 2011; 23: 356-364. 2011.
- (16) Skodová, M.^a; Velasco Rodríguez, M.J.^a; Fernández Sierra, M.A. *Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel. Revista calidad asistencial* 2011;26(1):33—38.
- (17) Fajardo-Dolci, G. et al. Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud. *Cir Cir.*, 78 (2010), pp. 527-532. 2010.

- (18) Grupo Internacional Asesor en Seguridad Nuclear. Cultura de la Seguridad. Colección Seguridad N° 75-INSAG- (1999).
- (19) Santacruz, J. y Rodríguez, J. Cultura de seguridad del paciente y eventos adversos. México. 2011. Recuperado de https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/2306/mod_resource/content/1/Modulo_3/Cultura_de_Seguridad_del_Paciente._CASP._Mod._3._Doc._05.10.2011.pdf
- (20) Reason, J. Error humano. New York: Cambridge University Press. 1990.
- (21) Rasmussen, J. El Error humano y el problema de la causalidad en el análisis de accidentes. Phil. Trns. Royal Society of London, 327, 449-62. 1990.
- (22) Perrow, Ch. Accidentes Normales. Madrid. Editorial Modus laborandi. 2004.
- (23) Singer S, Gaba D, Geppert J; Sinaiko A, Howard S, Park K. The culture of safety: results of an organization-wide survey in 15 California hospitals. Qual Saf Health Care 2003; 12: 112-118. Citado por **Gómez, O.; Arenas W.; González, L.; Garzón J.; Mateus, E. y Soto, A.** Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y Enfermería XVII (3): 97-111, 2011.
- (24) Hellings J, Schrooten W, Klazinga N, Vleugels A. Challenging patient safety culture: survey results. Int J Health Care Qual Assur International. 2007; 20 (7): 620-632. Citado por **Gómez, O.; Arenas W.; González, L.; Garzón J.; Mateus, E. y Soto, A.** Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y Enfermería XVII (3): 97-111, 2011.
- (25) Murillo D. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones. Cap 5. España: Ediciones Díaz de Santos; 2006.
- (26) Ministerio de Sanidad y Consumo de España. La Seguridad del Paciente en Siete Pasos. 2004.

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/siete_pasos_seguridad_paciente.pdf

- (27) Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido (NPSA). La Seguridad del Paciente en Siete Pasos. Publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. La Seguridad del Paciente en Siete Pasos. 2004.
- (28) Lavolpe, A. Calidad Total. Universidad Nacional de Buenos Aires. Argentina. 1999.
- (29) Ishikawa K. ¿Qué es el control total de la calidad?. Lima: Editorial Norma. 1996.
- (30) Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, L. Metodología de la Investigación. México. Ed. Mc Graw Hill. 2014.
- (31) Zorrilla, S. Introducción a la metodología de la investigación. Aguilar y León, Cal Editores. México. 2007.
- (32) Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, L. Metodología de la Investigación. México. Ed. Mc Graw Hill. 2014.
- (33) *Sierra Bravo, R. Técnicas de Investigación Social. Teoría y ejercicios.* Madrid. Ediciones Paraninfo, S.A. 2001.
- (34) Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido (NPSA). La Seguridad del Paciente en Siete Pasos. Publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España. La Seguridad del Paciente en Siete Pasos. 2004.

ANEXOS

ANEXO 1

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Concepto	Dimensiones	Indicadores
Cultura de seguridad del paciente	Es el conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y objetivos, tanto individuales como de grupo, para disminuir los riesgos y daños al paciente	Seguridad en el área de trabajo	Condiciones óptimas, materiales desechables
		Seguridad brindada por la Dirección	Preocupación y cuidado por la seguridad del paciente
		Seguridad desde la comunicación	Información sobre cambios, reportes de accidentes, prevención
		Frecuencia de sucesos notificados	Comisión de errores y notificación de los mismos, cuidado del paciente
		Seguridad desde la atención primaria	Cooperación entre los servicios, cambios de turno
Calidad de la atención médica	Es el tratamiento que proporciona un médico, después de confirmado un diagnóstico, a un episodio de enfermedad que presenta un paciente determinado	Atención clínica del Médico	Respeto, puntualidad interés, seguridad
		Información ofrecida	Recomendaciones, dialogo, indicaciones
		Tiempo de dedicación	Uso del tiempo, espera, atención completa
		Recursos e infraestructura	Equipamiento, farmacia, equipos, laboratorio

ANEXO 2 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS VALIDADOS

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD

Edad..... SexoTiempo de servicios

Estado Civil: Soltero Casado Conviviente

Condición laboral: Nombrado Contratado

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su centro, y le llevará unos 10 minutos completarla. Sus respuestas son anónimas, por lo que le solicitamos que conteste todas. Para ello debe responder con la mayor sinceridad posible a cada una de las oraciones que aparecen a continuación, de acuerdo a como piense o actúe, de acuerdo a la siguiente Escala:

Totalmente en desacuerdo	1
En Desacuerdo	2
Ni de acuerdo Ni en Desacuerdo	3
De Acuerdo	4
Totalmente de Acuerdo	5

Seguridad en el área de trabajo

- | | |
|---|-----------|
| 1. El personal sanitario se apoya mutuamente en esta unidad. | 1 2 3 4 5 |
| 2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo. | 1 2 3 4 5 |
| 3. Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo. | 1 2 3 4 5 |
| 4. En esta unidad, el personal se trata con respeto. | 1 2 3 4 5 |
| 5. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente. | 1 2 3 4 5 |
| 6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente. | 1 2 3 4 5 |
| 7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente. | 1 2 3 4 5 |
| 8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra. | 1 2 3 4 5 |
| 9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir. | 1 2 3 4 5 |
| 10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad. | 1 2 3 4 5 |
| 11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros. | 1 2 3 4 5 |
| 12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema. | 1 2 3 4 5 |
| 13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad. | 1 2 3 4 5 |
| 14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy Rápidamente. | 1 2 3 4 5 |
| 15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo. | 1 2 3 4 5 |
| 16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes. | 1 2 3 4 5 |
| 17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes. | 1 2 3 4 5 |
| 18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores. | 1 2 3 4 5 |

Seguridad brindada por la Dirección

- | | |
|--|-----------|
| 19. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos. | 1 2 3 4 5 |
|--|-----------|

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 20. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Seguridad desde la comunicación

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 23. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Frecuencia de sucesos notificados

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 29. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con qué frecuencia es notificado? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Seguridad desde la atención primaria

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 32. La Dirección de este centro propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Los servicios /unidades de este centro no se coordinan bien entre ellos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio/unidad a otro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del centro que necesitan trabajar juntos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. En este centro, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios/unidades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios/unidades de este centro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Las acciones de la Dirección del centro muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. La Dirección del centro sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Los servicios/unidades del centro trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 42. Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este centro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ESCALA DE EVALUACIÓN CALIDAD (CAM)

Edad.....Sexo..... Nivel de Instrucción
 Ocupación.....Distrito de Residencia.....

A continuación se presenta una serie de frases relativamente cortas que permite hacer una descripción de cómo observas el trabajo médico en el hospital. Para ello debes responder con la mayor sinceridad posible a cada una de las oraciones que aparecen a continuación, de acuerdo a la siguiente Escala:

Estoy Absolutamente en Desacuerdo	1
Estoy en Desacuerdo	2
Indeciso	3
Estoy de Acuerdo	4
Estoy Absolutamente de Acuerdo	5

Responde a todas las pregunta y recuerda que no hay respuestas correctas o incorrectas.

- | | |
|---|-----------|
| 1. El médico se interesa por la salud de sus pacientes | 1 2 3 4 5 |
| 2. Regularmente los médicos me saludan cuando ingreso al consultorio | 1 2 3 4 5 |
| 3. La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos es la ideal. | 1 2 3 4 5 |
| 4. A los pacientes se les brinda toda la información que necesitan para ser Atendidos. | 1 2 3 4 5 |
| 5. El médico tiene mucha seguridad al actuar | 1 2 3 4 5 |
| 6. Fueron claras las recomendaciones que me dio el médico | 1 2 3 4 5 |
| 7. El estado en la que se encuentran las instalaciones del hospital son adecuadas | 1 2 3 4 5 |
| 8. El tiempo de espera para que los pacientes puedan ser atendidos es relativamente corto | 1 2 3 4 5 |
| 9. Los médicos del centro de salud son puntuales en las citas con sus pacientes | 1 2 3 4 5 |
| 10. Usualmente los médicos nos motivan al dialogo | 1 2 3 4 5 |
| 11. Las señalizaciones que existen en el hospital son muy claras | 1 2 3 4 5 |
| 12. La rapidez con que se consigue lo que se necesita o pide es corto | 1 2 3 4 5 |
| 13. Los médicos nos escuchan con mucha atención | 1 2 3 4 5 |

14. Normalmente los médicos nos informan cuando debemos volver	1	2	3	4	5
15. El número de pacientes por cada consultorio es el adecuado	1	2	3	4	5
16. Regularmente los médicos usan el tiempo necesario para atendernos	1	2	3	4	5
17. Los médicos escuchan con atención nuestros problemas	1	2	3	4	5
18. Las salas de cirugía están convenientemente equipadas	1	2	3	4	5
19. Los médicos tratan de establecer relaciones positivas con sus pacientes	1	2	3	4	5
20. Las preguntas que formulan los médicos son fáciles de entender	1	2	3	4	5
21. El hospital cuenta con una farmacia suficientemente abastecida	1	2	3	4	5
22. Las citas se otorgan oportunamente a los pacientes	1	2	3	4	5
23. Es importante el respeto que los médicos tienen hacia los pacientes	1	2	3	4	5
24. Amablemente el médico se despide de sus pacientes	1	2	3	4	5
25. La sala de espera es cómoda, ventilada y suficientemente iluminada	1	2	3	4	5
26. Normalmente los médicos cumplen con los compromisos adquiridos	1	2	3	4	5
27. El local del hospital es amplio, cómodo y está bien distribuido	1	2	3	4	5
28. Los médicos nos motivan a cuidar de nuestra salud	1	2	3	4	5
29. El laboratorio realiza los análisis que nos solicitan en consulta	1	2	3	4	5
30. Los pacientes salen satisfechos de la consulta médica en el centro de salud.	1	2	3	4	5
31. El tópico está convenientemente equipado.	1	2	3	4	5

ANEXO 3 MATRÍZ DE CONSISTENCIA

Título: Cultura de seguridad y Calidad de la atención de los Médicos del servicio de sala de operaciones del Hospital Edgardo Rebagliati Martins

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Población	Instrumentos	Estadísticas
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión seguridad en el área de trabajo de la cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión seguridad brindada por la Dirección de la cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión seguridad desde la comunicación de la</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Establecer la relación que existe entre la cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Identificar la relación que existe entre la dimensión seguridad en el área de trabajo de la cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la dimensión seguridad brindada por la Dirección de la cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.</p> <p>Establecer la relación que existe entre la dimensión seguridad desde la comunicación de la</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe una relación significativa entre la cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales - Hospital Perú.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>1. La seguridad en el área de trabajo tiene relación directa y significativa con la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.</p> <p>2.La seguridad brindada por la Dirección tiene relación directa y significativa con la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.</p> <p>3. La seguridad desde la comunicación tiene relación directa y significativa con la calidad de la atención que</p>	<p>Variables de estudio</p> <p>- Cultura de seguridad</p> <p>- Calidad de la atención médica</p> <p>Variables controladas</p> <p>-Edad</p> <p>-Sexo</p> <p>-Condición Socioeconómica</p>	<p>- Seguridad en el área de trabajo.</p> <p>- Seguridad brindada por la Dirección.</p> <p>- Seguridad desde la comunicación.</p> <p>- Frecuencia de sucesos notificados.</p> <p>- Seguridad desde la atención primaria.</p>	<p>La población estará conformada por la totalidad de los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.</p> <p>Muestra</p> <p>La muestra es probabilístico.</p> <p>Diseño</p> <p>Tipo de investigación</p> <p>No experimental correlacional transversal</p>	<p>Escala de Cultura de seguridad del paciente Hospital Survey on Patient Safety Culture</p> <p>Cuestionario de Calidad de la atención médica de Nancy Stuckci</p>	<p>-Media Aritmética</p> <p>-Desviación Estándar</p> <p>-El Coeficiente Alfa de Cronbach</p> <p>Rho de Spearman</p>

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Población	Instrumentos	Estadísticas
<p>cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú. ?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Frecuencia de sucesos notificados de la cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú. ?</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre la dimensión Seguridad desde la atención primaria de la cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú. ?</p>	<p>cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.</p> <p>Identificar la relación que existe entre la dimensión Frecuencia de sucesos notificados de la cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.</p> <p>Determinar la relación que existe entre la dimensión Seguridad desde la atención primaria de la cultura de seguridad y la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.</p>	<p>presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud-Proyectos especiales- Hospital Perú.</p> <p>4. La Frecuencia de sucesos notificados tiene relación directa y significativa con la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud- Proyectos especiales- Hospital Perú.</p> <p>5. La Seguridad desde la atención primaria tiene relación directa y significativa con la calidad de la atención que presentan los Médicos de la gerencia de oferta flexible EsSalud-Proyectos especiales- Hospital Perú.</p>					

