



# UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en médicos residentes del  
Hospital San José del Callao, Noviembre-Diciembre 2018.

## **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Administración en Salud

### **AUTOR**

Segundo Paredes, Jorge Alfredo

ORCID: 0000-0001-9404-9881

### **ASESOR**

Espinola Sánchez, Marcos Augusto

ORCID: 0000-0002-1005-5158

**Lima, Perú**

**2023**

## **Metadatos Complementarios**

### **Datos de autor**

Segundo Paredes, Jorge Alfredo

Tipo de documento de identidad del AUTOR: DNI

Número de documento de identidad del AUTOR: 43218605

### **Datos de asesor**

Espinola Sánchez, Marcos Augusto

Tipo de documento de identidad del ASESOR: DNI

Número de documento de identidad del ASESOR: 43525806

### **Datos del Comité de la Especialidad**

PRESIDENTE: Desposorio Robles, Keile Joyce

DNI: 40415248

Orcid: 0000-0003-2324-7826

SECRETARIO: Vásquez Chuqui huaccha, Christopher Cesar

DNI: 41920115

Orcid: 0000-0001-6247-0874

VOCAL: Alatrística Gutierrez Vda. De Bambaren, María del Socorro

DNI: 07197560

Orcid: 0000-0002-6312-4030

### **Datos de la investigación**

Campo del conocimiento OCDE: 3.03.01

Código del Programa: 912569

<b>INDICE</b>	
1.1. Descripción de la realidad problemática.....	4
1.2. Formulación del problema .....	6
1.3. Objetivos.....	6
1.4. Justificación .....	7
1.5. Delimitación.....	8
1.6. Viabilidad .....	8
<b>CAPITULO II MARCO TEORICO .....</b>	<b>8</b>
2.1. Antecedentes de la investigación.....	8
2.2. Bases teóricas.....	12
2.3. Definiciones conceptuales .....	16
2.4. Hipótesis .....	17
<b>CAPITULO III METODOLOGIA .....</b>	<b>17</b>
3.1. Tipo de estudio.....	17
3.2. Diseño de investigación .....	17
3.3. Población y muestra .....	18
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	20
3.6. Procesamiento y plan de análisis de datos .....	20
3.7. Aspectos Éticos .....	21
<b>CAPITULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA .....</b>	<b>21</b>
4.1. Recursos.....	21
4.2. Cronograma.....	22
4.3. Presupuesto .....	23
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>24</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>29</b>
1. Formato De Validación Del Instrumento .....	29
2. Consentimiento Informado .....	30
3. Instrumento de Recolección de datos.....	31
4. Matriz de Operacionalización de Variables .....	39
5. Reporte de Turnitin.....	42

## **CAPITULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la realidad problemática**

La cultura de seguridad del paciente es considerada un pilar fundamental de las organizaciones de alta confiabilidad (industria nuclear, aviación, automotriz, etc), por la naturaleza compleja de sus procesos internos. En la industria de aviación comercial, por el ejemplo, el riesgo de muerte es de 1 de cada 10'000,000 vuelos aéreos, mientras que, en las organizaciones de salud, el riesgo de muerte, a nivel global, es de 1 de cada 300 hospitalizaciones. <sup>1</sup>

Las principales limitantes son el bajo nivel de madurez de la cultura de seguridad en las organizaciones de salud, que distan y tienen mucho que aprender de la cultura de seguridad de organizaciones de alta confiabilidad. Éstas organizaciones tienen características comunes en su cultura, tales como: creen siempre que algo puede salir errado, tienen su foco en la confiabilidad del sistema, poseen humildad para buscar, entender y aprender lo que no se conoce, y un comportamiento que valora el trabajo en equipo; mientras que las organizaciones de salud, tienen la creencia que todo va acontecer correctamente, su foco está en la eficiencia del sistema, la creencia que se sabe todo lo que se precisa saber, y presentan marcados niveles de jerarquía entre los profesionales. Por consiguiente, en el sector salud, aún no se diseñan e implementan estrategias que generen un impacto sostenible, en materia de gestión del riesgo y la confiabilidad.<sup>1</sup>

Para la implementación de una cultura de seguridad del paciente, se tiene como primer paso determinar una línea de base, para ello es necesario medir o evaluar el nivel de la cultura de seguridad del paciente existente en la

organización de salud, para luego, como un segundo paso, establecer un plan de acción orientado a cerrar las brechas de mejora identificadas.<sup>2</sup>

En el Perú, la normatividad en relación al tema específico, de cultura de seguridad del paciente por parte del Ministerio de Salud, es inexistente. Eso explica el bajo impacto en la implementación de las practicas seguras modernas y costo-efectivas, evidenciándose incertidumbre por parte de los actores de la prestación y financiamiento de servicios de salud, en materia de gestión de riesgos de salud, por normatividad escasa, antigua y no alineada a las mejores prácticas internacionales.<sup>3-5</sup>

En los países de Sudamérica, destaca el Ministerio de Salud del Brasil, quién cuenta con herramientas y normativas para evaluar la cultura de seguridad del paciente, siendo un referente en la región.<sup>6,7</sup> Sin embargo, los demás países adolecen de dicha herramienta de gestión.

Actualmente en el mundo, de cada diez pacientes que recibió una atención hospitalaria, al menos uno presento un evento adverso, es decir un daño no intencionado durante su proceso de atención de salud<sup>8</sup>. Daños que en el 50% de los casos pudieron ser evitables. Los principales eventos adversos son los relacionados con los procedimientos quirúrgicos, medicación y las infecciones asociadas a la atención de salud<sup>9</sup>. En los Estados Unidos, los eventos adversos son considerados la tercera causa de muerte<sup>10</sup>, y ello les genera un gasto de más de 17 billones de dólares al año a su sistema de salud<sup>11</sup>. En los países de bajo y mediano ingreso, ocurren el 75% de los eventos adversos producidos en el mundo; generando 2.6 millones de muertes por año<sup>12</sup>. La primera practica segura y factor clave de éxito para mitigar los riesgos en la seguridad de la atención de salud es la implementación de una cultura de seguridad del paciente <sup>13</sup>. Es por ello, que los países del primer mundo, tienen sistemas y herramientas para medir el

nivel de cultura de seguridad del paciente, como es el caso de Estados Unidos, Reino Unido, entre otros<sup>14</sup>.

En ese sentido, el propósito de la investigación es evaluar la cultura de seguridad del paciente en un Hospital de referencia regional, que permite establecer una línea de base para la implementación de estrategias de mejora de la seguridad del paciente, asimismo, el estudio al considerar como población objetivo a los médicos residentes, que son los principales actores en la realización de procedimientos médicos, por la naturaleza de su proceso formativo, teniendo un mayor contacto con los pacientes; el estudio contribuirá en la generación de información importante del nivel de cultura de seguridad en su hospital, evidencia científica que actualmente a nivel de la región Callao no ha sido publicada.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es grado de cultura en seguridad del paciente de los médicos residentes del Hospital San José del Callao, Noviembre-Diciembre 2018?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Evaluar el grado de cultura en seguridad del paciente en médicos residentes del Hospital San José del Callao, Noviembre-Diciembre 2018.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Evaluar la frecuencia de incidentes reportados en el hospital.

- Evaluar la percepción general de seguridad del paciente en relación a la unidad de trabajo del hospital.
- Evaluar el aprendizaje organizacional y la mejora continua en seguridad del paciente en el hospital.
- Evaluar la percepción del trabajo en equipo en la unidad de trabajo del hospital.
- Evaluar la comunicación e información sobre errores en el hospital.
- Evaluar la percepción del trabajo en equipo a través de la unidad de trabajo del hospital

#### **1.4. Justificación**

La cultura de seguridad en la atención de salud se considera el primer paso fundamental para la implementación de prácticas seguras en servicios de salud y la reducción de los eventos adversos<sup>15</sup>. A nivel internacional los sistemas de salud cuentan con programas y estrategias para la implementación de la cultura de seguridad del paciente; por ejemplo uno de los más representativos es en el Sistema Nacional de Salud del Reino Unido<sup>16</sup>. En Latinoamérica, el Ministerio de Salud de Brasil, a través de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria cuenta con normatividad para la conformación de Núcleos de Seguridad del Paciente<sup>7</sup>. Sin embargo, en los países en vías de desarrollo en su mayoría no cuentan con normatividad que permita conceptualizar, diseñar, implementar y medir el grado de desarrollo de la cultura de seguridad del paciente. En el Perú, el Ministerio de Salud, actualmente, no cuenta con normativas emitidas sobre Cultura de Seguridad de la atención de salud, esto genera una gran oportunidad y desafío en el sistema de salud peruano. En ese sentido, el presente estudio contribuye al uso de herramientas estandarizadas para medir el grado de cultura de seguridad del paciente en la realidad hospitalaria peruana, con la finalidad de

determinar un diagnóstico situacional y a partir de ello generar estrategias como respuestas acordes a la problemática actual de los hospitales en el Perú.

### **1.5. Delimitación**

El presente estudio tiene como población objetivo los médicos residentes cuya sede docente del Programa de Residencia Médica es el Hospital San José del Callao, entre noviembre a diciembre del 2018, y tengan como mínimo 6 meses labores en su hospital.

### **1.6. Viabilidad**

El estudio utiliza una encuesta validada para evaluar el grado de seguridad del paciente en hospitales de fácil aplicabilidad. Asimismo, se tendrá la colaboración del personal de docencia e investigación del Hospital San José del Callao, ya que es sede docente de la Universidad Ricardo Palma para el Programa de Residencia Médica.

## **CAPITULO II MARCO TEORICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación**

Martínez Chuquitapa Vanessa, realizó el estudio “Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015”, concluye que los componentes que constituyen puntos débiles prioritarios a resolver son el



“Grado de apertura de la comunicación” la “Comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad”, el “Personal: suficiente disponibilidad y acción” y los “Problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno”.<sup>17</sup>

Figuroa Cortez, María, realizó el estudio “Cultura de seguridad del paciente por las enfermeras y su relación con los eventos adversos en el Servicio de Emergencia del Hospital San Rosa, Pueblo Libre – 2016”, el estudio concluye que, en el servicio de emergencia del mencionado hospital, la cultura de seguridad de la atención del personal de enfermería está relacionada de forma significativa a los eventos adversos.<sup>17</sup>

Damas Castillo Kledy, en su estudio “Cultura de seguridad del paciente y cultura organizacional en el personal de enfermería de un Hospital, Lima-Perú 2019”, concluye que la cultura de seguridad del paciente presentó un nivel moderado (89%); asimismo, la cultura organizacional presenta un nivel moderado (92%), este resultado indica que a la institución le falta organizar y cumplir compromisos de sus trabajadores.<sup>18</sup>

Mori Yachas Natali, en su estudio “Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017” encontró que mientras mayor es el grado de cultura de seguridad por profesionales de enfermería, la prevención de eventos adversos fue mayor.<sup>19</sup>

Las investigaciones sobre la gestión de riesgos y seguridad de la atención en salud Perú a nivel hospitalario concluyen que es baja y con importantes brechas en los subsectores públicos y privados <sup>20</sup>. Además, es importante

precisar, que los hospitales tienen una categoría III-1 y son sedes docentes para el programa de Residentado Médico en el Perú.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos, publicó el informe “Error es Humano: Construyendo un sistema de salud más seguro”, en el año 1999, evidenciando que los errores en el proceso de atención de salud, así como los sobre costos y las consecuencias en relación a la seguridad de pacientes. En el estudio se revisaron 30000 historiales clínicos, donde se encontró 3.7% de errores médicos, es decir errores no intencionados durante el proceso de atención que ocasionaron daño al paciente, los eventos adversos identificados eran prevenibles en un 58% de los casos, además el 13.6% de los eventos adversos fueron causantes de muerte de pacientes (evento centinelas). El estudio concluye realizando una extrapolación del número de muertes que se podrían producir en función a las 33.6 millones de estancias hospitalarias por año, durante el año de realización de la investigación, siendo entre 44000 y 98000 muertes por eventos adversos al año, generando ello un costo asociado de 17 a 28 billones de dólares por año. La investigación presentó a los errores médicos como la séptima causa de muerte en los Estados Unidos.<sup>21</sup>

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS), celebró la 55° Asamblea Mundial de la Salud inicio acciones para mejorar la seguridad de la atención de salud y reducir los eventos adversos.<sup>22</sup> En el año 2004, el Perú y los demás países miembros se comprometieron a la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes. La OMS, al evidenciar la ausencia de formación en sus universidades para la prevención de riesgos en la atención sanitaria, dirigido a profesionales de salud, publicó guías curriculares de formación en seguridad del paciente para Escuelas de Medicina (2008) y posteriormente para otras escuelas de profesionales de la salud (2011).<sup>23,24</sup>

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España se realizó el “Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización (ENEAS)” y lo publicó en el año 2006, en el cual revisó 5624 historias clínicas de hospitales de España, en las cuales se identificó un 8.4% de eventos adversos, siendo el 42.8% de tipo evitables, y el 4.4% de los eventos adversos produjeron muerte en los pacientes. Extrapolando en función a las 4.6 millones hospitalizaciones por año, las muertes por eventos adversos evitables fueron de 7388 muertes al año.<sup>25</sup>

El Ministerio de Sanidad de España, realizó el “estudio IBEAS Prevalencia de efectos adversos en Hospitales de Latinoamérica en el 2011”, el cual fue ejecutado en 58 hospitales de 5 países latinos. El estudio incluyó 11379 pacientes, en los cuales se identificó una tasa de eventos adversos del 10.5%, siendo el 60% de éstos evitables, y el 6% ocasionó muerte en los pacientes.<sup>26</sup>

Rodriguez SP et al, publicaron el artículo de revista “Mapping patient safety: a large-scale literature review using bibliometric visualisation techniques” en el 2014, encontrando que las investigaciones realizadas sobre seguridad del paciente el 42% son sobre la cuantificación de la magnitud de los eventos adversos, el 31% sobre cuantificación de los factores de riesgo y solo el 19% sobre soluciones en seguridad del paciente, es decir de cada cinco publicaciones, sólo una habla sobre soluciones, que funcionaron y que no funcionaron. En aquellas soluciones de seguridad del paciente que produjeron resultados favorables, aún no se tiene la evidencia suficiente para determinar si pueden generar los mismos resultados en otras realidades.<sup>27</sup>

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. El Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y sus componentes**

Según Avedis Donabedian, “la calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios para el usuario”.

En el Perú, el “Sistema de Gestión de la Calidad está definido como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a las entidades del sector salud y a sus dependencias públicas en los tres niveles, en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión”. El Sistema de Gestión de la Calidad está conformado por cuatro componentes: Planificación, Organización, Garantía y Mejora, y por ultimo información para la calidad. Dentro del componente Garantía y Mejora, se encuentra la Seguridad del Paciente.<sup>3</sup>

### **2.2.2. Los eventos adversos y la Seguridad del Paciente**

Un principio básico de la atención sanitaria es el “Primum Non Nocere”, el cual hace referencia a primero no hacer daño como pilar fundamental de toda atención de salud. La seguridad del paciente entonces, contribuye con este principio básico, ya que es la respuesta para mitigar el riesgo de generar daños no intencionados producto de la atención de salud. Por ello, la OMS define seguridad del paciente como la reducción del riesgo de daños innecesarios relacionados con la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.<sup>28</sup>

### **2.2.3 La génesis del evento adverso**

Como toda organización compleja, uno de los factores inherentes al ambiente hospitalario es el error humano. Las investigaciones reconocen que las causas de un evento adversos no pueden ser simplemente relacionadas a las acciones de índole individual de los profesionales de la salud, sino en la totalidad de la organización de salud.<sup>29</sup>

Los riesgos de daños hospitalarios son comparados a los riesgos existentes en la aviación civil y militar, centros nucleares, submarinos y aeronáuticas, que son denominadas organizaciones de alta confiabilidad.<sup>1</sup>

La génesis del error médico puede ser explicada a través de la teoría del error de Reason, el cual parte de la premisa que el ser humano es falible, por ende, la potencialidad de generar errores es inherente a su naturaleza. Dicha teoría, identifica a las fallas activas, las cuales hacen referencia a aquellos errores que tienen un efecto inmediatamente adverso, siendo asociados a las actividades realizadas por el personal de línea de frente, durante la ejecución de una tarea en las instituciones complejas. En cuanto a las fallas latentes, son aquellos que están intrínsecos en las estructuras organizacionales y que en general, determinan la manifestación de los errores activos.<sup>30</sup>

Por lo mencionado, es importante diseñar procesos y procedimientos que mitiguen los riesgos de generar fallas, y estrategias para la identificación oportuna, y fortalecimiento de barreras de seguridad mediante la implementación de las mejores prácticas seguras en la atención sanitaria.

#### **2.2.4. La Cultura de Seguridad del Paciente**

Es definida como un conjunto de prácticas, actitudes, comportamientos, capacidades que favorecen un clima y cultura de aprendizaje preventivo y no punitivo ante errores en la atención de salud. <sup>28</sup>

La cultura no punitiva es la que existe compromiso de los trabajadores de la salud y sus organizaciones con la seguridad del paciente, con la adopción de las mejores prácticas y estándares de calidad y seguridad del paciente, en un clima que genere confianza en la notificación de errores, debido a que son fuentes de enseñanza y aprendizaje y no un elemento para culpabilizar a los involucrados.

Esta cultura se configura a partir de cinco características operacionalizadas por la gestión de la seguridad de la organización de salud: <sup>15 31</sup>

- Cultura en la cual el personal asistencial, administrativo y directivos, son responsables de la seguridad de atención de salud, entre sus pares, pacientes y familia.
- Cultura en la cual seguridad de la atención de salud de los pacientes está en orden prioritario con respecto a los logros operativos o de rentabilidad.
- Cultura que ha dispuesto mecanismo de estímulo para incrementar la detección, notificación y gestión de los riesgos y problemas relacionados con la seguridad de los pacientes.
- Cultura que incentiva el aprendizaje basado en ocurrencia de incidentes o eventos adversos en la organización.
- Cultura que asigna recursos, roles y responsabilidades para la sustentabilidad efectiva de la seguridad de los pacientes.

En virtud a lo mencionado, es importante medir la cultura de seguridad del paciente con el fin de diagnosticar el nivel de cultura de seguridad en la organización y concientizar a los funcionarios acerca del tema.

Para ello, existen instrumentos de evaluación de la cultura de seguridad del paciente en los servicios de salud en todo el mundo, tales como el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) y Safety Attitudes Questionnaire (SAQ).

El Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC), es un instrumento ampliamente utilizado que permite medir varias dimensiones de la cultura de seguridad del paciente, evaluando la opinión de los profesionales sobre temas relacionados a seguridad, valores, creencias, normas de la organización, relatos de eventos adversos, comunicación, liderazgo y gestión. <sup>32</sup>El cuestionario de HSOPSC, permite medir la percepción del encuestado y por unidad o sector de su hospital. Asimismo, el cuestionario permite: <sup>33</sup>

- Identificar áreas cuya cultura de seguridad necesita mejorías.
- Evaluar la efectividad de las acciones ejecutadas para el perfeccionamiento de la seguridad de la atención sanitaria.
- Priorizar esfuerzos para el fortalecimiento de la cultura de seguridad y
- Realizar una comparación de los resultados obtenidos con otras organizaciones.

### **2.3. Definiciones conceptuales**

La cultura de seguridad del paciente en organizaciones de salud comprende a las actitudes, comportamientos, valores, tanto a nivel individual como grupal, en favor de mitigar los riesgos en la atención de salud, todo ello genera un entorno de confianza, y de valoración positiva de la seguridad en el ámbito sanitario.<sup>28</sup>

La seguridad en la atención de salud es el desarrollo de prácticas seguras en la atención de salud, que permitan reducir el riesgo real o potencial hasta un mínimo aceptable, así como mitigar las consecuencias de los eventos adversos.<sup>34</sup>

Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es todo aquel evento que podría haber causado o causó un daño innecesario a un paciente.<sup>28</sup>

El evento adverso es un incidente relacionado con la seguridad del paciente que genera un daño al paciente, esta acción no es intencional, y es producto de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad que padece el paciente.<sup>28</sup>

La complicación es un resultado de salud de índole negativo, el cual es inherente a las características propias del paciente y/o de su patología.<sup>28</sup>

La atención de salud es el conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.



El riesgo es la combinación de la probabilidad que acontezca un determinado evento y sus efectos negativos. <sup>28</sup>

El error es una falla en la ejecución de lo planificado, o la utilización de un plan errado para alcanzar un objetivo determinado, no necesariamente generan un daño al paciente. <sup>28</sup>

## **2.4. Hipótesis**

### **Hipótesis general**

Existe una fuerte de cultura en seguridad del paciente en los médicos residentes del Hospital San José del Callao, Noviembre-Diciembre 2018.

### **Hipótesis nula**

Existe una débil de cultura en seguridad del paciente en los médicos residentes del Hospital San José del Callao, Noviembre-Diciembre 2018.

## **CAPITULO III METODOLOGIA**

### **3.1. Tipo de estudio**

Estudio observacional, descriptivo y cualitativo.

### **3.2. Diseño de investigación**

Es un diseño de tipo observacional debido a que no presenta intervención o no se manipulará las variables, es descriptivo porque no demuestra una relación entre las variables, el estudio presenta variables cualitativas.

### **3.3. Población y muestra**

#### **3.3.1. Población**

Criterios de inclusión:

- Médicos residentes cuya sede docente sea el Hospital San José del Callao, tengan por lo menos 6 meses en la institución.
- Médicos residentes que completen el cuestionario.

Criterios de exclusión:

- Médicos residentes rotantes externos en el Hospital San José del Callao.
- Médicos residentes de la sede Hospital San José del Callao que tengan un tiempo menor o igual a 6 meses de labores en la institución.
- Médicos residentes ausentes por licencia (enfermedad, vacaciones).

#### **3.3.2. Tamaño de la muestra**

El estudio no requiere calcular tamaño de muestra.

#### **3.3.3. Selección de la muestra**

No aplica.

### **3.4. Operacionalización de variables**

**Variables de estudio** (ver anexo Matriz de Operacionalización de Variables)

Dentro de las variables del estudio se ha considerado lo siguiente:

1. Trabajo en equipo en la unidad
2. Aprendizaje organizacional/mejora continua

3. Percepciones generales de la seguridad del paciente
4. Comunicación e información sobre errores.
5. Frecuencia de incidentes reportados
6. Trabajo en equipo a través de la unidad

### **Relación entre variables**

Las variables están descritas en la matriz de operacionalización de variables. No se intentará buscar una asociación de causalidad o relación antecedente-consecuencia.

### **Las variables del cuestionario**

Estas variables serán estudiadas a través de las dimensiones y sus respectivos ítems que están definidos en el cuestionario. Las dimensiones seleccionadas, que serán nuestras variables de estudio son las siguientes:

- a. **Trabajo en equipo dentro de las unidades/servicio (Agrupa 4 ítems del cuestionario)** Nos habla de la percepción de trabajo en equipo en la organización como método para prevenir errores.
- b. **Aprendizaje organizacional/mejora continua (Agrupa 3 ítems del cuestionario):** Nos habla de la percepción del trabajador acerca de las acciones que toma la organización con respecto a seguridad del paciente y si estas están afectando positivamente su lugar de trabajo.
- c. **Percepciones generales sobre la seguridad de pacientes (Agrupa 4 ítems del cuestionario)** Nos habla de forma general como la percepción de seguridad del paciente y los errores en la atención son de interés para el trabajador.

- d. **Comunicación e información sobre errores (Agrupa 3 ítems del cuestionario)** Nos habla de la presencia o ausencia de un sistema de reporte de eventos adversos.
- e. **Frecuencia de incidentes reportados (Agrupa 3 ítems del cuestionario):** Nos habla del potencial de daño del error en la atención y su reporte dentro de la institución.
- f. **Trabajo en equipo a través de las unidades (Agrupa 3 ítems del cuestionario):** Nos habla de la coordinación y trabajo conjunto de las diferentes unidades de prestadoras de servicio de la organización.

### **3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**

Se utilizará el Cuestionario sobre la Cultura de Seguridad de los Pacientes en los Hospitales de la American Healthcare Research of Quality, de los Estados Unidos. El cual es un cuestionario auto administrado, con preguntas en escala de Likert. <sup>35</sup> (Ver Anexo N° 3). Para la validación del instrumento se realizará un juicio de expertos considerando a médicos expertos en temas de calidad y seguridad del paciente y metodología de la investigación para su aprobación.

### **3.6. Procesamiento y plan de análisis de datos**

El análisis de datos se realizará mediante una estadística descriptiva en la que se analizará la frecuencia de los datos categóricos. Se analizará las variables cualitativas según prevalencias y proporciones. Así mismo se diseñará los gráficos de distribución de frecuencias de las variables categóricas. La medida de fuerza de asociación que se utilizará será el OR con IC 95%, además se calculará el valor de  $\chi^2$  de independencia con su respectivo nivel de significación.

La elaboración de la base de datos del proyecto de investigación se diseñará en Microsoft Excel 2013 así como algunos gráficos de distribución de frecuencias y porcentajes según los ítems resueltos en el cuestionario medido en escala de Likert. Todo el análisis estadístico se realizará en el software estadístico Stata versión 14. El nivel de significancia para todas las pruebas que se analizaron fue de un  $p < 0.05$ .

Los procedimientos para la ejecución del proyecto se contemplan en el marco de la resolución del cuestionario por el personal asistencial que en promedio dura unos 45 minutos. Posteriormente con los resultados obtenidos de las encuestas se procederá a la elaboración de la base de datos del estudio para el correspondiente análisis estadístico.

### **3.7. Aspectos Éticos**

El presente estudio, de llevarse a cabo en el Hospital San José del Callao deberá contar con aprobación del comité institucional de ética en investigación del Hospital previamente a su ejecución. Durante la implementación del estudio se respetarán los principios éticos y se seguirán las recomendaciones realizadas por el comité institucional de ética en investigación.

## **CAPITULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA**

### **4.1. Recursos.**

Se dispondrá de los recursos humanos y materiales que se detallan en el presupuesto de investigación.

#### 4.1.1. Humanos

- Asesor
- Analista de datos

#### 4.4.2. Materiales

- Papelería en general, útiles de escritorio.
- Electricidad, electrónica e iluminación.
- Otros (CD, USB)

#### 4.4.3. Tecnológicos

- Equipos de telecomunicaciones
- Equipos computacionales y periféricos
- Servicio de Internet
- Software Estadístico
- Otros servicios de publicidad y difusión

## 4.2. Cronograma

Principales actividades	Semanas							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Elaboración y aprobación del proyecto de investigación.	X							
Revisión bibliográfica y de antecedentes	X	X	X	X	X	X	X	X
Selección y preparación de técnicas e instrumentos	X	X						
Recolección de información			X	X	X			

Procesamiento de datos				X	X	X		
Análisis de datos						X	X	
Resultados logrados								X
Interpretación y discusión de resultados								X
Elaboración del informe final.								X

#### 4.3. Presupuesto

Recurso	Descripción	Monto
<b>Humano</b>	Asesor	S/2,500.00
	Analista de Datos	S/1,000.00
<b>Materiales</b>	Papelería en general, útiles y Mat. de oficina	S/ 500.00
	Electricidad, iluminación y electrónica	S/ 500.00
	Otros (CD, USB)	S/ 100.00
<b>Tecnologicos</b>	Equipos de telecomunicaciones	S/ 500.00
	Equipos computacionales y periféricos	S/2,500.00
	Servicio de Internet	S/ 200.00
	Software Estadístico	S/ 200.00
	Otros servicios de publicidad y difusión	S/ 200.00
<b>Total</b>		<b>S/ 8,200.00</b>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chassin MR, Loeb JM. High-Reliability Health Care: Getting There from Here. *Milbank Q.* septiembre de 2013;91(3):459-90.
2. Upadhyay S, Weech-Maldonado R, Lemak CH, Stephenson A, Mehta T, Smith DG. Resource-based view on safety culture's influence on hospital performance: The moderating role of electronic health record implementation. *Health Care Manage Rev.* septiembre de 2020;45(3):207-16.
3. Ministerio de Salud. Documento Técnico R.M. N° 510-2006/MINSA «Sistema de Gestión de la Calidad en Salud» [Internet]. 2007. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000\\_SGCALIDAD-1.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/000_SGCALIDAD-1.pdf)
4. Ministerio de Salud. Documento Técnico R.M. N° 727-2009/MINSA “Política Nacional de Calidad en Salud” [Internet]. 2009. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1997.pdf>
5. Ministerio de Salud. Documento Técnico R.M. N° 676-2006/MINSA «Plan nacional para la seguridad del paciente 2006 - 2008» [Internet]. 2006 [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321943-plan-nacional-para-la-seguridad-del-paciente-2006-2008>
6. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. Programa Nacional de Segurança do paciente [Internet]. Agência Nacional de Vigilância Sanitária - Anvisa. 2014 [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/seguranca-do-paciente/seguranca-do-paciente>
7. Brazil, Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. 2014.
8. Schwendimann R, Blatter C, Dhaini S, Simon M, Ausserhofer D. The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse



events – a scoping review. *BMC Health Services Research*. 4 de julio de 2018;18(1):521.

9. Aiken LH, Sloane DM, Barnes H, Cimiotti JP, Jarrín OF, McHugh MD. Nurses' And Patients' Appraisals Show Patient Safety In Hospitals Remains A Concern. *Health Aff (Millwood)*. noviembre de 2018;37(11):1744-51.
10. Makary MA, Daniel M. Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*. 3 de mayo de 2016;353:i2139.
11. Van Den Bos J, Rustagi K, Gray T, Halford M, Ziemkiewicz E, Shreve J. The \$17.1 billion problem: the annual cost of measurable medical errors. *Health Aff (Millwood)*. abril de 2011;30(4):596-603.
12. Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, Prasopa-Plaizier N, Waters H, Bates DW. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf*. octubre de 2013;22(10):809-15.
13. Chassin MR. Improving the quality of health care: what's taking so long? *Health Aff (Millwood)*. octubre de 2013;32(10):1761-5.
14. Skokan AJ, Dobbs RW, Harris AM, Tessier CD, Sajadi KP, Talwar R, et al. Implementing a patient safety culture survey to identify and target process improvements in academic ambulatory urology practices: a multi-institutional collaborative. *Can J Urol*. febrero de 2020;27(1):10087-92.
15. Reis CT, Paiva SG, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *Int J Qual Health Care*. 1 de noviembre de 2018;30(9):660-77.
16. NHS England. The NHS Patient Safety Strategy [Internet]. [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/the-nhs-patient-safety-strategy/>
17. Cortez F, Francisca M. Cultura de seguridad del paciente por las enfermeras y su relación con los eventos adversos en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa Rosa Pueblo Libre– 2016. Universidad César Vallejo [Internet]. 2016

[citado 13 de mayo de 2021]; Disponible en:  
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/7105>

18. Castillo D, Katherine K. Cultura de seguridad del paciente y cultura organizacional en personal de enfermería de un Hospital, Lima - Perú 2019. CULTURE OF PATIENT SAFETY AND ORGANIZATIONAL CULTURE IN THE NURSING STAFF OF A HOSPITAL, LIMA - PERU 2019 [Internet]. 9 de diciembre de 2020 [citado 1 de julio de 2021]; Disponible en:  
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4086>
19. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017 [Internet]. [citado 2 de julio de 2021]. Disponible en:  
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/12905>
20. Arrieta A, Suárez G, Hakim G. Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. International Journal for Quality in Health Care. 1 de abril de 2018;30(3):186-91.
21. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. To Err is Human: Building a Safer Health System [Internet]. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000 [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>
22. Organización Mundial de la Salud. 55a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 13-18 de mayo de 2002: resoluciones y decisiones: anexos [Internet]. 2002 [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en:  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258955>
23. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del Paciente. Guía Curricular para Escuelas de Medicina [Internet]. WHO. World Health Organization; 2008 [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en:  
[http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum\\_guide\\_medical\\_schools/en/](http://www.who.int/patientsafety/education/curriculum_guide_medical_schools/en/)

24. Organización Mundial de la Salud. Guía Curricular de Seguridad del Paciente Multi-profesional [Internet]. WHO. World Health Organization; 2008 [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/education/mp\\_curriculum\\_guide/en/](http://www.who.int/patientsafety/education/mp_curriculum_guide/en/)
25. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS). 2006;170.
26. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the «Iberoamerican Study of Adverse Events» (IBEAS). *BMJ Qual Saf.* diciembre de 2011;20(12):1043-51.
27. Rodrigues SP, Eck NJ van, Waltman L, Jansen FW. Mapping patient safety: a large-scale literature review using bibliometric visualisation techniques. *BMJ Open.* 1 de marzo de 2014;4(3):e004468.
28. Organización Mundial de la Salud. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. 2009 [citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: [https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps\\_full\\_report\\_es.pdf](https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf)
29. Khoshakhlagh AH, Khatooni E, Akbarzadeh I, Yazdanirad S, Sheidaei A. Analysis of affecting factors on patient safety culture in public and private hospitals in Iran. *BMC Health Serv Res.* 30 de diciembre de 2019;19(1):1009.
30. Sfantou DF, Laliotis A, Patelarou AE, Sifaki-Pistolla D, Matalliotakis M, Patelarou E. Importance of Leadership Style towards Quality of Care Measures in Healthcare Settings: A Systematic Review. *Healthcare (Basel).* 14 de octubre de 2017;5(4).
31. Lasater KB, McCabe MA, Lake ET, Frankenberger WD, Roberts KE, Agosto PD, et al. Safety and Quality of Pediatric Care in Freestanding Children's and General Hospitals. *Hosp Pediatr.* mayo de 2020;10(5):408-14.

32. American Healthcare Research Quality. Surveys on Patient Safety Culture (SOPS) Hospital Survey. [Internet]. 2019 [citado 13 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
33. Meddings J, Reichert H, Greene MT, Safdar N, Krein SL, Olmsted RN, et al. Evaluation of the association between Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPS) measures and catheter-associated infections: results of two national collaboratives. *BMJ Qual Saf.* marzo de 2017;26(3):226-35.
34. OMS | Investigaciones para una cobertura sanitaria universal [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2013 [citado 13 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2013/report/es/>
35. Reis CT, Laguardia J, Barros CG de, Andreoli PB de A, Martins M. Reliability and validity of the Brazilian version of the HSOPSC: a reassessment study. *Cad Saude Publica.* 22 de agosto de 2019;35(8):e00246018.

## ANEXOS

### 1. Formato De Validación Del Instrumento

Teniendo como base los criterios (7) que a continuación se presenta, solicito su opinión como juez experto, respecto del instrumento de recolección de datos que se adjunta.

N°	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación			
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio			
3	La estructura del instrumento es adecuado			
4	Los ítems del instrumento responde a la operacionalizacion de la variable			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
6	Los ítems son claros y entendibles			
7	El número de ítems es adecuado para su ejecución			

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión

SUGERENCIAS:

---

---

---

Apellidos y Nombres del juez experto:

.....

Firma del Juez Experto:.....

## 2. Consentimiento Informado

Estimado(a) colega médico residente, somos médicos de la especialidad de Administración de Salud de la Universidad Ricardo Palma, y teniendo los permisos respectivos de la institución, nos encontramos aplicando un cuestionario auto administrado, con el objetivo de obtener información acerca de la cultura de seguridad del paciente; para ello solicitamos por favor nos brinde su consentimiento para responder en forma veraz las siguientes preguntas. La información recabada será de carácter anónimo; además ello permitirá establecer una línea de base sobre cultura de seguridad del paciente, ello permitirá posteriormente la formulación de estrategias de gestión para la reducción y prevención de eventos adversos.

### DATOS GENERALES:

- Especialidad:
- Año de la Residencia: ( ) 1er Año ( ) 2do Año ( ) 3er Año ( ) 4to Año ( ) 5to Año
- Sede Docente: Hospital San José ( ) Externo/Pasante ( )
- Universidad donde cursa la Residencia Médica: ( ) Pública ( ) Privada.
- Tiempo de permanencia en la Sede Docente: ..... años..... Meses.
- Sexo:
- Estado Civil:
- Lugar de Procedencia: ( ) Lima ( ) Provincias

### 3. Instrumento de Recolección de datos

Código:

#### **Cuestionario sobre la Cultura de Seguridad de los Pacientes en los hospitales**

##### **Instrucciones**

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad del paciente, errores médicos e incidentes que se reportan en su hospital, y le llevará de 10 a 15 minutos completarlo.

Si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se aplica a usted, puede dejarla en blanco.

Para ello tendremos en cuenta los siguientes conceptos:

- Un “**incidente**” es definido como cualquier tipo de error, equivocación, evento, accidente o desviación, falta de consideración, no importando si el resultado daña al paciente o no.
- “**Seguridad del paciente**” se define como el evitar y prevenir lesiones en los pacientes o incidentes adversos como resultado de los procesos de cuidados de salud otorgados.

## Sección A: Su servicio/unidad de trabajo

En este cuestionario, piense en su “servicio/unidad” como el área de trabajo, servicio, departamento o área clínica del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona la mayoría de sus servicios clínicos.

¿Cuál es su unidad/servicio en este hospital? Marque con aspa UNA respuesta y complete las líneas punteadas.

- Departamento de Medicina; Servicio de:.....
- Departamento de Especialidades Médicas; Servicio de:.....
- Departamento de Cirugía de Tórax; Servicio de:.....
- Departamento de Cirugía; Servicio de:.....
- Departamento de Pediatría; Servicio de:.....
- Departamento de Gineco-obstetricia; Servicio de:.....
- Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico; Servicio de:.....
- Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos; Servicio de:.....
- Departamento de Patología clínica y Anatomía Patológica; Servicio de:.....
- Departamento de Banco de sangre y Hemoterapia; Servicio de:.....
- Departamento de Diagnóstico por Imágenes; Servicio de:.....

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. Indique la respuesta marcando sobre UN cuadro.



Piense en su unidad/área de trabajo del hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal se apoya mutuamente en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. En este servicio/unidad, el personal se trata con respeto.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. El personal en este servicio/unidad trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Cuando se detecta algún fallo se ponen en marcha medidas para que no vuelva ocurrir.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Cuando el personal de un área en esta unidad está realmente ocupada, el personal de otras áreas le ayudan.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Sección B: Su superior/jefe

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su superior/jefe inmediato o la persona de la que depende directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi superior/jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Mi superior/jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando la presión se incrementa, mi superior/jefe quiere que trabajemos más rápido, aún si esto significa poner en riesgo la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Mi superior/jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Sección C: Comunicación

¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su servicio/unidad de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense acerca de su servicio/unidad de trabajo del hospital.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los incidentes notificados.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio/unidad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. En este servicio/unidad, discutimos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a suceder.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### Sección D: Frecuencia de incidentes reportados

En su servicio/unidad de trabajo, cuando los errores suceden, ¿qué tan a menudo son notificados? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en el área/unidad de trabajo de su hospital...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con que frecuencia es notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿con que frecuencia es notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿con que frecuencia es notificado?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### Sección E: Grado de seguridad del paciente

Por favor, dele a su servicio/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.

<b>A</b> Excelente	<b>B</b> Muy Bueno	<b>C</b> Aceptable	<b>D</b> Pobre	<b>E</b> Malo
<input type="checkbox"/> <sub>A</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>B</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>C</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>D</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>E</sub>

## Sección F: Su hospital

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su hospital. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. La Dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Los servicios/unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. La información de los pacientes se pierde cuando éstos se transfieren de un servicio/unidad a otra.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Hay buena cooperación entre los servicios/unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Se pierde a menudo información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Frecuentemente resulta incomodo trabajar con personal de otros servicios/unidades en este hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de servicios/unidades de este hospital.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Las acciones de la Dirección de este hospital muestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. La Dirección del hospital parece interesada en la seguridad del paciente sólo después de que ocurre un incidente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Los servicios/unidades del hospital trabajan bien juntos para proveer el mejor cuidado para los pacientes.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Surgen problemas en la atención del paciente como consecuencia de los cambios de turnos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Sección G: Número de incidentes reportados

¿Existe en su hospital un procedimiento para notificar incidentes o eventos adversos?

- a. Si  b. No

En los pasados 12 meses, ¿cuántas veces ha notificado incidentes o eventos adversos por escrito a su superior o al área, unidad, oficina correspondiente? Marque UNA respuesta.

- a. Ninguna notificación  d. De 6 a 10 notificaciones  
 b. De 1 a 2 notificaciones  e. De 11 a 20 notificaciones  
 c. De 3 a 5 notificaciones  f. 21 notificaciones o más

## Sección H: Información general

Esta información ayudará en el análisis de los resultados del cuestionario. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?

- a. Menos de 1 año  d. De 11 a 15 años  
 b. De 1 a 5 años  e. De 16 a 20 años  
 c. De 6 a 10 años  f. 21 años o más

2. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su actual servicio/unidad?

- a. Menos de 1 año  d. De 11 a 15 años  
 b. De 1 a 5 años  e. De 16 a 20 años  
 c. De 6 a 10 años  f. 21 años o más

3. Habitualmente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?

- a. Menos de 20 horas a la semana  
 b. De 20 a 39 horas a la semana  
 c. De 40 a 59 horas a la semana  
 d. De 60 a más

4 ¿A qué profesión pertenece?



#### 4. Matriz de Operacionalización de Variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
<b>Trabajo en equipo en la Unidad</b>	Nos habla de la percepción de trabajo en equipo en la organización como método para prevenir errores.	1. La gente se apoya una a la otra en esta unidad.	Ordinal Politómica	Independiente Cualitativa	Cada ítem se medirá con la respuesta excluyente: Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo
		2. Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.			
		3. En esta unidad, el personal se trata con respeto.			
		4. Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.			
<b>Aprendizaje organizacional / mejora continua</b>	Nos habla de la percepción del trabajador acerca de las acciones que toma la organización con respecto a seguridad del paciente y si estas están afectando	1. Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	Ordinal Politómica	Independiente Cualitativa	Cada ítem se medirá con la respuesta excluyente: Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo,
		2. Los errores han llevado a cambios positivos aquí.			
		3. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad			

	positivamente su lugar de trabajo.				Muy de acuerdo
<b>Percepciones generales de la seguridad del paciente</b>	Nos habla de forma general como la percepción de seguridad del paciente y los errores en la atención son de interés para el trabajador.	1. La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.	Ordinal Politémica	Independiente Cualitativa	Cada ítem se medirá con la respuesta excluyente: Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo
		2. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.			
		3. Es sólo por casualidad que errores más serios no ocurren aquí. (redactado negativamente)			
		4. Tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad. (redactado negativamente)			
<b>Comunicación e información sobre errores</b>	Nos habla de la presencia o ausencia de un sistema de reporte de eventos adversos	1. La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes. 2. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	Ordinal Politémica	Independiente Cualitativa	Cada ítem se medirá con la respuesta excluyente: Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo
		3. En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer			



<b>Frecuencia de incidentes reportados</b>	Nos habla del potencial de daño del error en la atención y su reporte dentro de la institución.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?</li> <li>2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?</li> <li>3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?</li> </ol>	Ordinal Politémica	Independiente Cualitativa	Cada ítem se medirá con la respuesta excluyente: Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo
<b>Trabajo en equipo a través de las unidades</b>	Nos habla de la coordinación y trabajo conjunto de las diferentes unidades de prestadoras de servicio de la organización.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hay buena cooperación entre las unidades del hospital que necesitan trabajar juntas.</li> <li>2. Las unidades del hospital trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.</li> <li>3. Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas. (redactado negativamente)</li> <li>4. Frecuentemente es desagradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital. (redactado negativamente)</li> </ol>	Ordinal Politémica	Independiente Cualitativa	Cada ítem se medirá con la respuesta excluyente: Muy en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, De acuerdo, Muy de acuerdo

## 5. Reporte de Turnitin



### Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Jorge Alfredo Segundo Paredes  
Título del ejercicio: Proyectos de investigación Residentado  
Título de la entrega: Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en médic...  
Nombre del archivo: 8072023\_PROYECTO\_DE\_INVESTIGACION\_-\_JORGE\_SEGUNDO...  
Tamaño del archivo: 245.35K  
Total páginas: 41  
Total de palabras: 7,143  
Total de caracteres: 39,688  
Fecha de entrega: 13-jul.-2023 10:02a. m. (UTC-0500)  
Identificador de la entre... 2130599207



#### UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE RESIDENTADO MÉDICO Y ESPECIALIZACIÓN

Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en médicos residentes del  
Hospital San José del Callao, Noviembre-Diciembre 2018.

#### PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Administración en Salud

#### AUTOR

Segundo Paredes, Jorge Alfredo

ORCID: 0000-0001-9404-9881

#### ASESOR

Espinola Sánchez, Marcos Augusto

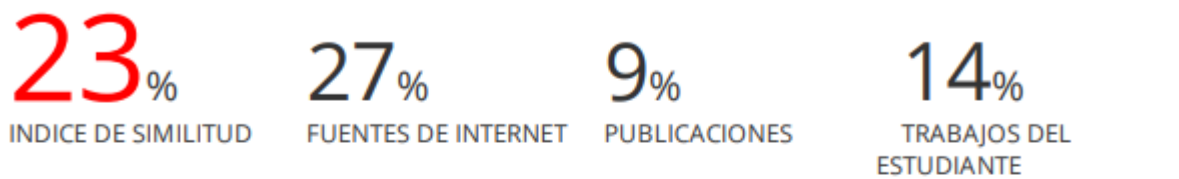
ORCID: 0000-0002-1005-5158

Lima, Perú

2023

# Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en médicos residentes del Hospital San José del Callao, Noviembre-Diciembre 2018

## INFORME DE ORIGINALIDAD



## FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.urp.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>5%</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Universidad Católica de Santa María</b> Trabajo del estudiante	<b>2%</b>
<b>3</b>	<b>Submitted to Universidad Cesar Vallejo</b> Trabajo del estudiante	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>documentop.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>documents.mx</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>www.slideshare.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>repositorio.unjbg.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>

9	<a href="http://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Fuente de Internet	1 %
10	<a href="http://dof.gob.mx">dof.gob.mx</a> Fuente de Internet	1 %
11	<a href="http://repositorio.unprg.edu.pe">repositorio.unprg.edu.pe</a> Fuente de Internet	1 %
12	<a href="http://repositorio.unan.edu.ni">repositorio.unan.edu.ni</a> Fuente de Internet	1 %
13	<a href="http://alicia.concytec.gob.pe">alicia.concytec.gob.pe</a> Fuente de Internet	1 %
14	<a href="http://cursos.campusvirtualesp.org">cursos.campusvirtualesp.org</a> Fuente de Internet	1 %
15	Submitted to Universidad Manuela Beltrán Virtual Trabajo del estudiante	1 %
16	<a href="http://aprenderly.com">aprenderly.com</a> Fuente de Internet	1 %
17	<a href="http://repositorio.unsa.edu.pe">repositorio.unsa.edu.pe</a> Fuente de Internet	1 %
18	<a href="http://hospitecna.com">hospitecna.com</a> Fuente de Internet	1 %
19	<a href="http://repositorio.ucm.edu.co">repositorio.ucm.edu.co</a> Fuente de Internet	1 %
20	Submitted to Universidad Cuauhtemoc Trabajo del estudiante	

1 %

21

Submitted to Universidad Peruana Cayetano Heredia

Trabajo del estudiante

1 %

22

Submitted to Universidad de Málaga - Tii

Trabajo del estudiante

1 %

23

www.socinorte.com

Fuente de Internet

<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 20 words

Excluir bibliografía

Activo