

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

ESCUELA DE POSGRADO



**CLIMA ORGANIZACIONAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL
SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL II “LUIS
NEGREIROS VEGA” – ES SALUD 2015**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: ADMINISTRACIÓN EN SALUD

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN
ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD**

TESISTA: NANCY VIOLETA CIEZA CORONEL

ASESORA: Dra. MARTEL Y CHANG SILVIA ALICIA

HUÁNUCO – PERÚ

2020

DEDICATORIA

A Dios por que ha estado conmigo
en cada paso que doy,
por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente

A mis padres por el ejemplo y valores inculcados
en el transcurso de mi vida y que, con su apoyo incondicional,
cultivaron en mí el deseo superación permanente.

A mis hijos que alegran e iluminan mi vida día tras días
y quienes me dan fuerza para seguir adelante,
y poder brindarles un futuro mejor
A mi esposo, por su gran amor, paciencia y comprensión

AGRADECIMIENTO

Con infinito agradecimiento a la Universidad por acrecentar en mí el espíritu de actualización y formación profesional, y permitirme, hacer realidad mis sueños y aspiraciones.

Mi agradecimiento a todos mis compañeros de trabajo del servicio de centro quirúrgico, quienes desinteresadamente participaron en dicho estudio de gran valor científico para nuestra institución.

Mención especial a la Dra. Mónica Espinoza, quien con sus conocimientos, disposición y paciencia me supo guiar para hacer posible este logro.

A mi familia por apoyarme de manera incondicional y por ser una de mis grandes motivaciones para seguir adelante en los momentos difíciles.

RESUMEN

La presente investigación se orienta a “Determinar la relación que existe entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico del Hospital II “Luis Negreiros Vega” Es-Salud 2015. **Material y Métodos:** Estudio no experimental descriptivo – correlacional de corte transversal. **Muestra:** no probabilística formada por 50 trabajadores de salud (Lic. En Enfermería y Técnicos en Enfermería) del Servicio de Centro Quirúrgico. En el desarrollo de la presente investigación se utilizó la escala de Clima Organizacional de Litwin y Stringer (1968) y modificado en el año 2001 por Echezuria y Rivas y el Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Surveyon Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Los análisis estadísticos a los que fueron sometidas las pruebas nos indican que los instrumentos son válidos y confiables. **Resultados:** existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.986; es decir a mayor clima organizacional mejor cultura de seguridad. Así mismo comprobamos que existe una relación de 98.6% entre ambas variables. **Concluyendo:** Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($11.392 > 5.99$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo: Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

PALABRAS CLAVES. Clima organizacional, Cultura de seguridad del paciente, calidad de la atención, desempeño laboral.

SUMMARY

This research aims to "Determine the relationship between organizational climate and patient safety culture in the nursing staff of the surgical center of Hospital II" Luis Negreiros Vega "Es-Salud 2015. **Material and Methods:** Cross-sectional descriptive - correlational non-experimental study. **Sample:** non-probabilistic formed by 50 health workers (Lic. In Nursing and Technicians in Nursing) of the Service of Surgical Center. In the development of the present investigation we used the Organizational Climate Scale of Litwin and Stringer (1968) and modified in 2001 by Echezuria and Rivas and the Questionnaire on patient safety: Spanish version of Hospital Surveyon Patient Safety. Madrid: Ministry of Health and Consumer Affairs. The statistical analyzes to which the tests were submitted indicate that the instruments are valid and reliable

So having the cronbach alpha value for our instrument is 0.937, so we conclude that our instrument is highly reliable. **Results:** there is a direct and significant relationship to obtain a value of 0.986; That is, to a better organizational climate, a better security culture. We also verified that there is a 98.6% relation between both variables. **Concluding:** Since the value of X^2_c is greater than X^2_t ($11.392 > 5.99$), then we reject the null and accept the alternative hypothesis; Concluding: That, in fact, there is a direct and significant relationship between organizational climate and patient safety culture in the nursing staff of the Surgical Center of Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

KEYWORDS. Organizational climate, Patient safety culture, quality of care, job performance.

INTRODUCCIÓN

La seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad de la gestión de la calidad y de cuidado que se brinde. Según la Organización Mundial de la salud, la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención del paciente y un componente crítico de la gestión de la calidad, lo cual comprende un proceso orientado a proporcionar atención y cuidado seguros, manifestado por la ausencia de lesiones accidentales atribuibles a los mismos, este proceso implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarnos de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia, así como buenas practicas acordes con el conocimiento científico disponible.

La seguridad de los pacientes ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias quienes desean sentirse seguros y confiados con los cuidados sanitarios recibidos como para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria efectiva y eficiente.

La cultura de seguridad del paciente forma parte del enfoque sistémico para la prevención de riesgos en la asistencia, de ahí que se hace necesario conocer la cultura del personal de enfermería del centro quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega por medio de una investigación, la cual se puede considerar como una herramienta que permite conocer y evaluar estrategias para la seguridad del paciente y la detección de los errores, analizando la información a fin de conocer los posicionamientos estratégicos en este ámbito y de esta manera contribuir en la adquisición de información para lograr una mejora continua de los servicios prestadores de salud. Como profesionales de la salud la meta única es la calidad en la prestación de los cuidados.

Lo que se pretende con el presente estudio es contribuir a aumentar el conocimiento de una realidad para apoyar a establecer una línea de base de la cultura de la seguridad en el hospital y que con los aportes lograr

minimizar los eventos adversos y fortalecer la implementación de la cultura de seguridad.

Actualmente, se le da gran importancia a la valoración del clima organizacional en las instituciones porque constituye un elemento esencial en el desarrollo de su estrategia organizacional planificada y posibilita a los directivos una visión futura de la organización, es, además, un elemento diagnóstico de la realidad cambiante del entorno, puesto que permite identificar las necesidades reales de la institución en relación con el futuro deseado, para de esta forma trazar las acciones que deben iniciarse en el presente y que permitirán alcanzar la visión del futuro diseñado para la institución

La comprensión del fenómeno organizacional es una necesidad de todos los profesionales que tienen alguna responsabilidad en el manejo de personas y recursos en una sociedad moderna donde el avance acelerado de la ciencia y la técnica la obliga a competir dentro de un mercado cuya dinámica está pautada fundamentalmente por el desarrollo.

El clima organizacional está dado por las percepciones de los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que este se da, la relación interpersonal que tiene lugar en torno a él y a las diversas regulaciones formales e informales que afecta a dicho trabajo. La cultura organizacional es el modo de vida propio que cada organización desarrolla en sus miembros.

Para el desarrollo de esta investigación se formuló en los siguientes capítulos:

Capítulo I: El problema de investigación, se menciona de ambas variables tanto Clima organizacional como cultura de seguridad

Se mencionó las preguntas específicas con sus dimensiones correspondientes, de igual manera el objetivo general y los objetivos específicos cada mención con sus respectivas dimensiones, por ultimo las hipótesis generales y específicas buscando la contratación de ambas variables para rechazar la

hipótesis nula o aceptar las hipótesis alternas, la justificación del porque esta investigación, la viabilidad y sus limitaciones del estudio de investigación.

Capítulo II: El marco Teórico previo antecedentes de estudios con niveles de evidencia, las definiciones de ambas variables, las definiciones conceptuales de las palabras más importantes del estudio.

Capítulo III: Marco Metodológico, con sus respectivos diseños y tipos de estudio, la forma de recolección de los datos, la descripción de los cuestionarios de la recolección de los datos, los permisos correspondientes a las autoridades competentes para la autorización de dicho estudio.

Capítulo IV: La mención de los resultados con sus respectivas leyendas e interpretaciones y la contratación de las hipótesis generales y específicas por cada dimensión mencionada en la operacionalización de ambas variables.

Capítulo V: Discusión de resultados y afirmaciones con otros antecedentes de estudios similares.

Conclusiones y Sugerencias dando respuestas a las preguntas del estudio, para finalmente considerar las referencias Bibliográficas y anexos.

ÍNDICE

	Pág.
<u>DEDICATORIA</u>	02
<u>AGRADECIMIENTO</u>	03
<u>RESUMEN</u>	04
<u>SUMMARY</u>	05
<u>INTRODUCCIÓN</u>	06

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

<u>1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</u>	1
<u>1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA</u>	3
<u>1.2.1 PROBLEMA GENERAL:</u>	4
<u>1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS</u>	4
<u>1.3. OBJETIVOS</u>	5
<u>1.3.1 OBJETIVO GENERAL:</u>	5
<u>1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	5
<u>1.4. HIPÓTESIS</u>	6
<u>1.4.1. HIPOTESIS GENERAL</u>	6
<u>1.4.2. HIPOTESIS ESPECIFICAS</u>	6
<u>1.5. VARIABLES</u>	7
<u>1.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE</u>	7
<u>1.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE</u>	7
<u>1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES</u>	8
<u>1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA</u>	9
<u>1.6.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA</u>	9
<u>1.6.2 JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA</u>	9
<u>1.7. VIABILIDAD</u>	10
<u>1.8. LIMITACIONES</u>	10
<u>A. EN CUANTO AL OBJETO DE ESTUDIO</u>	10
<u>B. EN CUANTO AL ENFOQUE</u>	10

<u>C. EN CUANTO A LA LOCALIZACIÓN</u>	10
--	-----------

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

<u>2.1. ANTECEDENTES:</u>	11
<u>2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL</u>	11
<u>2.1.2. A NIVEL NACIONAL</u>	18
<u>2.2. BASES TEÓRICAS</u>	21
<u>2.2.1. CONCEPTO DE CLIMA ORGANIZACIONAL</u>	21
<u>2.2.2. SEGURIDAD DEL PACIENTE</u>	31
<u>2.2.3. CULTURA DE SEGURIDAD DEL</u> <u>PACIENTE</u>	39
<u>2.3. DEFINICION DE TERMINOS</u>	44
<u>2.4. BASES EPISTÉMICOS</u>	46

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

<u>3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN</u>	48
<u>3.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN</u>	48
<u>3.3 DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACIÓN.</u>	49
<u>3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.</u>	50
<u>3.5 TAMAÑO DE MUESTRA</u>	50
<u>3.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</u>	50
<u>3.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E</u> <u>INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</u>	51

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

<u>4.1 RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO</u>	55
<u>4.2 PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS</u> <u>RESULTADOS</u>	56
<u>4.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS</u>	62
<u>4.3.1 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL</u>	62

4.3.2 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1 66
4.3.3 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2 70
4.3.4 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3 74

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS..... 78
5.2 APORTE CIENTIFICO..... 81
..... 81

CONCLUSIONES 82

SUGERENCIAS..... 83

BIBLIOGRAFÍA..... 84

ANEXOS..... 87

ANEXO N° 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO

ANEXO N° 02: CLIMA ORGANIZACIONAL

ANEXO N° 03: CULTURA DE SEGURIDAD EL PACIENTE

NOTA BIOGRÁFICA.....100

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La OMS calcula que millones de pacientes en el mundo, sufren cada año de lesiones incapacitantes o mueren a consecuencias de una mala praxis o deficiencias en la seguridad de la atención, tanto en los centros sanitarios avanzados tecnológicamente, como en cualquier lugar insalubre de los países en vías de desarrollo. La base fundamental relacionada con la seguridad de los pacientes es conseguir la manera de evitar que estos sufran daños durante el tratamiento y la atención. (1)

La seguridad del paciente es un tema vigente y de obligatoria documentación para todos los trabajadores del área de la salud, ha tomado fuerza en la última década y actualmente es considerado como un problema grave de salud pública a nivel mundial, afecta a todos los países desarrollados y en vía en desarrollo. Esta situación se produce en todos los niveles de atención, por lo que la organización Mundial de la salud ha decidido formar una alianza con líderes mundiales de salud con el fin de reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes que ocurren como consecuencia de errores en la atención. (2)

Hablar de seguridad de pacientes es abordar el proceso por el cual una organización proporciona atención y cuidados seguros. Implica efectuar una gestión adecuada de riesgos, dotarse de la capacidad para conocer y analizar los posibles incidentes que se produzcan, aprender de ellos y aplicar soluciones que minimicen el riesgo de su ocurrencia, e implantar buenas prácticas acordes con el conocimiento científico disponible,

sensibles a los valores, expectativas y preferencias de pacientes y favorecidas por una adecuada organización asistencial. (3)

Así pues, en el año 2007, el Perú fue invitado por la OMS/Alianza Mundial por la Seguridad del paciente, Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, a participar del proyecto para investigar la prevalencia de los eventos adversos en cinco países de Latinoamérica (IBEAS): México, Costa Rica, Colombia, Perú y Argentina. Entidades del sector salud como el MINSALUD y ESSALUD asumen parte de este compromiso, a nivel del MINSALUD mediante Resolución Ministerial N° 143 – 2006/ MINSALUD. Se conformó un Comité Técnico para la Seguridad del Paciente, el mismo que elaborará el “Plan Nacional para la Seguridad del Paciente”, cuyo propósito es fortalecer los servicios de salud como lugares cada vez más seguros para la atención de los pacientes. Así mismo, mediante Resolución Ministerial N°308 – 2010/MINSALUD se aprobó la “Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía” con la finalidad de cumplir con los estándares de calidad y seguridad en la atención de los pacientes (4)

Sin embargo y a pesar de lo señalado por la OMS, en nuestro país los problemas de inseguridad hospitalaria son cada vez más apremiantes, tanto que hasta los propios médicos denuncian estas dificultades. Por Ej. Los Médicos de Es-salud del Hospital Edgardo Rebagliati Martins han denunciado que en el servicio de emergencia de Adultos se ha convertido en un peligro foco de contagio de tuberculosis. Los pacientes no se quedan atrás en las denuncias. Una familia denunció ante el Ministerio Público al Hospital Edgardo Rebagliati Martins por confundirse de bebés recién nacidos mayo 2012. (5)

Las investigaciones sobre la seguridad del paciente tienen un papel importante, ya que proporcionan información e instrumentos para adoptar medidas que consigan que la atención al paciente sea más segura.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La cultura de la seguridad del paciente, forma parte del enfoque sistémico para la prevención de riesgos en la asistencia, de ahí que se hace necesario conocer la cultura de nuestro personal de enfermería, la cual se puede considerar como una herramienta que permita identificar las áreas que se consideran más problemáticas y de esta manera contribuir a la adquisición de información para lograr una mejora continua de los servicios prestadores de salud. (6)

La cultura de seguridad del paciente puede analizarse en diferentes niveles de atención médica y constituye la esencia misma de las Instituciones en las que se pueden identificar fortalezas y debilidades que configuran la forma como los miembros piensan, se comportan y abordan su trabajo. (6)

Aun en las instituciones no existe la cultura del reporte, falta capacitación en temas de seguridad del paciente hacia todo el personal involucrado con el paciente, falta apoyo y compromiso del nivel directivo. En el Hospital Luis Negreiros Vega aún no se han realizado estudios de investigación sobre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente por el personal de enfermería del Centro quirúrgico, en el cual podemos observar que existe mucha demanda de pacientes, esto dificulta a brindar un cuidado holístico, así mismo se pudo evidenciar escasez de recursos materiales para la atención, deficiente aplicación de las medidas de seguridad, así como también se evidencia algunas camas sin barandas y otras malogradas, lo cual predispone al paciente a riesgo de caídas y por lo consiguiente complique su recuperación, comprendiendo que en el servicio de Centro quirúrgico se encuentran pacientes postoperados inmediatos que aún están recuperando la estabilidad de las funciones de su organismo. Así mismo el personal que labora no encuentra condiciones necesarias para un desenvolvimiento adecuado debido al ambiente muchas veces conflictivo, que conlleva a que el personal solo cumpla con sus tareas, mas no consideran la

necesidad de comunicación e interrelación y atención humanitaria, para el bien del paciente.

La presente investigación resulta importante, dado que, en la actualidad, existe carencia de estudios sobre el presente tema tanto a nivel regional, nacional como a nivel mundial, teniendo en cuenta la realidad mencionada nos formulamos la siguiente pregunta

¿Qué relación existe entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015?

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Qué relación existe entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

P1. ¿Cómo se relaciona el Clima organizacional y la cultura de seguridad a Nivel de su Unidad/Servicio en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015?

P2. ¿Cómo se relaciona el Clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel del Hospital en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015?

P3. ¿Cómo se relaciona el Clima organizacional y la cultura de seguridad desde la comunicación en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

O1. Identificar la **relación entre** Clima organizacional y la cultura de seguridad a Nivel de su Servicio/Unidad en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

O2. Identificar **la relación entre** Clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel del Hospital en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

O3. Identificar la relación entre Clima organizacional y la cultura de seguridad desde la comunicación en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

1.4. HIPOTESIS

1.4.1 HIPOTESIS GENERAL

Existe relación directa y significativa entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

1.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

H1. Existe relación directa y significativa entre clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel de sus Servicio/unidad en el personal de enfermería del servicio de medicina del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

H2. Existe relación directa y significativa entre Clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel del Hospital en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega EsSalud 2015.

H3. Existe relación directa y significativa entre Clima organizacional y la cultura de seguridad desde la comunicación en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

1.5. VARIABLE

1.5.1 Variable Independiente:

- **Clima organizacional**

Dimensiones:

- Estructura
- Responsabilidad
- Recompensa
- Riesgo
- Relaciones/Calor
- Estándares de desempeño
- Cooperación/ Apoyo
- Conflicto
- Identidad

1.5.2 Variable Dependiente:

- **Cultura de seguridad del paciente**

Dimensiones:

- Cultura de Seguridad en su servicio /su unidad
- Cultura de Seguridad a Nivel del Hospital
- Cultura de Seguridad desde la comunicación

1.5.3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	OPERACIONALIZACIÓN		
	Dimensiones	Indicadores	Técnicas e Instrumentos
V. INDEPENDIENTE Clima Organizacional	Estructura	La percepción de los trabajadores acerca de las limitaciones que hay en el grupo, se refieren a cuántas reglas, reglamentos y procedimientos, trámites y otras limitaciones (1,2,3,4,5,7,8,9,10)	Instrumento <i>Organizational Climate Questionnaire</i> , elaborado por Litwin y Stringer (1968) y modificado en el año 2001 por Echezuria y Rivas
	Responsabilidad	Percepción de los trabajadores sobre su Autonomía en la toma de decisiones. (11,12,13,14, 15,16, 17)	
	Recompensa	Percepción de los trabajadores sobre la recompensa recibida por su trabajo. (18,19,20,21, 22,23)	
	Riesgo	Percepción en cuanto al sentimiento que poseen los trabajadores de los desafíos que se le imponen. (24,25,26,27, 28)	
	Relaciones/Calor	Sentimiento general de la percepción de los miembros de la empresa sobre la posibilidad de un ambiente de trabajo grato y buenas relaciones sociales. (29,30,31,32 33)	
	Estándares de desempeño	Percepción del empleado sobre las normas de rendimiento de la empresa. Cursos, capacitación, promoción (34,35,36,37,38,39)	
	Cooperación/ Apoyo	Percepción de los trabajadores sobre la presencia de un espíritu de ayuda dentro de la organización; desde arriba y desde abajo. (40,41,42,43, 44)	
	Conflicto	El sentimiento de que los jefes y los colaboradores quieren oír diferentes opiniones; el énfasis en que los problemas salgan a la luz y no permanezcan escondidos o se disimulen. (45,46,47,48,49)	
	Identidad	Sentimiento de pertenencia de los trabajadores hacia la organización. (50,51,52,53)	
V. DEPENDIENTE Cultura de Seguridad del paciente	Cultura de Seguridad en su servicio /su unidad (Relación laboral)	Medio ambiente de trabajo adecuado, condiciones de salud y seguridad justa (1 al 22)	Cuestionario sobres seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
	Cultura de Seguridad a nivel del hospital (Dinámica de servicios)	Favorece un clima de trabajo que promueve la seguridad del paciente y es una prioridad (23 al 33)	
	Cultura de Seguridad desde la comunicación (Prevención de riesgos)	Información de los errores, cambios que se han implementado y modos de prevenir errores (34 al 42)	

1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

1.6.1 Justificación teórica

Los hallazgos obtenidos de la presente investigación tendrán como propósito proporcionar a la institución información detallada, clara, precisa y valida sobre, relación que existe entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de Centro quirúrgico del hospital II Luis Negrerios vega y así promover la importancia de este tema a través de capacitaciones continuas.

El estudio desde el punto de vista teórico será un aporte metodológico pues permitirá difundir esta investigación e incentivar al personal de enfermería y a otros profesionales de la salud a profundizar el tema para destacar la importancia de cultura de seguridad del paciente.

1.6.2 Justificación Práctica

Los efectos indeseables derivados de la prestación de servicios de salud son, en muchos casos, causa de enfermedad, traumatismos o muerte de los usuarios del sistema de salud y afecta a todos y cada una de las personas involucradas en el proceso de atención tanto en la parte administrativa como asistencial y se convierten en la razón del abordaje en el tema de la seguridad del paciente. Pues ahora se avanza hacia la obtención del mejoramiento en calidad de vida del paciente, donde los profesionales del área de la salud son más conscientes y responsables de ofrecer una mejor atención incluyendo la seguridad del paciente como una característica inherente a la práctica médica que busque minimizarlos y prevenirlos.

Fortalecer la prestación de los servicios y los procesos de calidad, como el conjunto de herramientas y los recursos físicos y humanos, de atención psicológica y asistencial.

1.7. VIABILIDAD DEL ESTUDIO

Es viable esta investigación por las siguientes razones:

EL OBJETO DE ESTUDIO: Representado por el personal de enfermería que trabajan en servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es Salud.

LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Trabajar sobre las áreas débiles resultantes en el estudio y crear estrategias para resolver los problemas encontrados.

Los resultados, conclusiones y recomendaciones servirán como antecedentes para futuros estudios en busca del bienestar y mejoras de la calidad de vida sin discriminación ni estigmatización de las personas.

1.8. LIMITACIONES

A. EN CUANTO AL OBJETO DE ESTUDIO

Representado por el personal de enfermería que trabajan en servicio del Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es Salud

B. EN CUANTO AL ENFOQUE

Estudio con características descriptivas y de dos variables las cuales se buscará la correlación entre ambas variables tanto la variable dependiente como la independiente, lo cual mejorará la calidad de atención

C. EN CUANTO A LA LOCALIZACIÓN

Los resultados de la investigación, la focalización del proceso con características de ser piloto en dicho hospital.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Realizando una búsqueda minuciosa a nivel internacional, nacional y local, se encontró los siguientes trabajos de investigación, que la investigadora cree conveniente mencionarlos:

2.1.1. A nivel Internacional.

Lopez D., Rios S. (2008) “Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Medellín”

Conclusiones:

El tema de seguridad del paciente, se enfrenta a dificultades como la generación de la “cultura del reporte” de eventos adversos, enmarcada a su vez en una “cultura justa”, donde los errores no se personalicen, se facilite el análisis de procesos, se corrigen las fallas de sistemas, se unifiquen los métodos de identificación y medida, planes de notificación, sistemas de información por lo que se construye una organización confiable; donde quien reporta un incidente no es culpado ni castigado, donde quien no reporta es castigado no por el incidente sino por ocultarlo, donde se habla desprevenidamente de los errores y se aprende de ellos; donde no se pregunta, “¿quién?”, sino “¿qué?”

El problema de la seguridad del paciente tiene que ver no solo con factores humanos o institucionales, sino también a voluntades políticas y factores académicos y tecnológicos que están relacionados con la atención de los pacientes.

Los problemas de seguridad del paciente no son inherentes a la práctica médica, lo que se pretende es minimizar y disminuir la ocurrencia de

estos, bajo un ambiente de confidencialidad y de confianza entre los responsables del cuidado de los pacientes, vista esta atención desde el punto de vista como grupo y no como individuo, pues las acciones punitivas no son aplicables a los problemas de seguridad, ya que estos se originan en falencias organizacionales y no en ambientes individuales. (7)

Fajardo G, Rodríguez J. (2010) “Cultura sobre seguridad del paciente en profesionales de la salud” México.

Conclusiones:

La medición de las diferentes dimensiones de la cultura sobre la seguridad del paciente constituye un elemento diagnóstico importante que forma parte del proceso para mejorar la seguridad del paciente. La percepción global de seguridad se encontró baja en relación con otros estudios, sin embargo, la información deberá ser interpretada de acuerdo con el contexto y las diferencias en la fiabilidad encontrada en algunas dimensiones, mismas que coinciden con lo señalado en otros estudios. Estas diferencias requerirán un análisis adecuado de los factores que pueden influir en ellas y realizar las adecuaciones necesarias de la escala. Es indispensable efectuar más investigaciones con el instrumento utilizado, con el fin de confirmar los hallazgos del presente trabajo, sin embargo, existen resultados importantes en algunas dimensiones que pueden utilizarse para establecer estrategias y medidas de mejora para beneficio de los pacientes. (6)

Gómez O., Arenas W. (2011) “Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia”

Conclusiones:

La caracterización de la cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería, en instituciones de tercer nivel en Bogotá, permitió evidenciar los valores y creencias de un recurso humano valioso

e indispensable en el cuidado de la salud de las personas, por medio de la percepción de dicho personal acerca de las diferentes dimensiones sugeridas por el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture Versión Española, lo que genera un importante aporte para el abordaje de las intervenciones institucionales en pro del mejoramiento de la calidad de la atención en salud.

- Los siguientes aspectos que hacen parte de la cultura de seguridad y se destacan como relevantes en la percepción de los participantes: la comunicación oportuna, efectiva y de calidad dentro de los miembros del equipo de salud para la identificación de oportunidades de mejora en la correcta atención del paciente. Así mismo la retroalimentación de los errores en la atención y de sus respectivas alternativas de solución, además de prevenir futuros eventos adversos en el cuidado del paciente, permite entablar una relación de confianza y compromiso dentro del equipo de salud encargado del mismo. (8)

Torres L. (Julio 2011) “Gestión de Seguridad del Paciente: Participación de Enfermería”

Conclusiones:

La institución estudiada contaba con un 52% de personal profesional (profesionales / universitarios y licenciados), lo cual es de vital importancia, en razón a que varios autores, han determinado como causa de eventos adversos, la insuficiente formación académica, la inadecuada orientación y entrenamiento y la falta de motivación para continuar con el aprendizaje. En relación con el nivel académico, el porcentaje del mismo es un factor protector para la institución. Sin embargo, resultaría necesario profundizar en la motivación para continuar con la formación, ya que el escaso discernimiento científico y la falta de preparación para el correcto análisis de las fuentes de conocimiento, aunado a una escasa educación continuada, que permita la adquisición de información veraz y actualizada, constituyen factores de riesgo para la ocurrencia de eventos adversos. Por otro lado, la

participación activa, la capacitación constante y la motivación de Enfermería protegen a los usuarios de prácticas inseguras.

La cantidad de horas trabajadas a la semana por los encuestados se considera un factor protector institucional, ya que el cansancio, la fatiga, el estrés y la falta de descanso están ampliamente relacionados con la ocurrencia de eventos adversos.

Los coeficientes enfermero - paciente en la Institución fueron deficientes, lo cual pone de manifiesto una situación de riesgo real, ya que la relación de enfermero- paciente está altamente relacionado con la seguridad de los pacientes, en tanto se aumentan condiciones de morbilidad en las situaciones en que el número de usuarios supera la relación de 4 a 1 para pacientes de internación general (18). Por otro lado, la sobrecarga de trabajo, la fatiga y el estrés, están ampliamente relacionados con el ausentismo laboral, que en la institución estudiada presentaba un alto grado y que entorpece la mejora de los coeficientes enfermera - paciente.

Indudablemente la seguridad del paciente es competencia y deber de Enfermería, en tanto que las actividades asistenciales que se realizan diariamente con los usuarios, requieren de conocimiento, experiencia y calidad.

La presencia de errores en la medicación merece un estudio más profundo y específico, en razón a que es una de las principales causas de eventos adversos enunciadas por la mayoría de autores consultados. Los errores en la medicación están mediados por el desconocimiento, la falta de formación académica, la rutina, el exceso de confianza, las condiciones estresantes, el número de pacientes, la sobrecarga de trabajo, la fatiga y distracciones entre otras. Además, la ausencia de protocolos de administración de medicamentos, aunado a la deficiencia de fuentes de información sobre presentación, dosis y vía de administración genera un riesgo real de ocurrencia de eventos adversos.

La ausencia de protocolos y la falta de información constituyen factores de riesgo para la aparición de eventos adversos. Es conveniente que los

servicios tengan protocolos de actuación, que sean pertinentes para la práctica, que se apliquen habitualmente y que se actualicen periódicamente, de esta forma se facilita el trabajo y se lleva a cabo con mayor seguridad. (9)

Škodová M., Velasco M., Fernández M. (2011) “Opinión de los profesionales sanitarios sobre seguridad del paciente en un hospital de primer nivel”. España

Este trabajo se propuso Identificar la cultura sobre seguridad del paciente percibido por los profesionales sanitarios del referido Hospital. Se desarrolló un estudio transversal descriptivo en profesionales sanitarios, mediante la versión española del cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (AHRQ), en julio-agosto de 2008. El tamaño muestral se estimó en 476 encuestas. Los resultados nos muestran que, en los últimos 12 meses, el 90,2% de los profesionales no notificó ningún evento adverso (EA). La percepción global de seguridad del paciente fue $6,57 \pm 1,82$ puntos (escala, 0-10). El trabajo en equipo en la unidad/servicio para la SP fue el aspecto mejor valorado (66,9%). Se observó una correlación positiva (coeficiente Pearson) entre la percepción de SP y los años que los profesionales trabajan en la especialidad (0,21), hospital (0,197) y servicio (0,138) respectivamente (todos $p < 0,05$). Según la categoría, fueron los facultativos los que notificaron algún EA, con una probabilidad 32,3 veces mayor que los auxiliares y los técnicos ($p < 0,05$). La percepción general de seguridad fue valorada positivamente por el 34,1%. El soporte desde la gerencia (3,7%) y la dotación de personal (9%) fueron las principales áreas de mejora. (10)

Castañeda H., Garza R, Gonzales J. (2013) “Percepción de la Cultura de la Seguridad de los Pacientes por Personal de Enfermería” México.

Conclusiones

La dimensión que mostraron una tendencia de fortaleza en este estudio correspondió al trabajo en equipo, que explora aspectos relacionados con el apoyo, respeto y solidaridad del personal para trabajar en situación normal y de sobredemanda con un 82,1%, similar a lo reportado por Saturno *et al.* (28), en donde el “trabajo en equipo” fue de las dimensiones mejores evaluadas con un 71,8%; al realizar el análisis por ítems, se encontró que “el personal se apoya mutuamente” presentó un 78,2% de respuestas positivas; en este mismo estudio el trabajo en equipo en la unidad fue bien evaluado por el personal de enfermería con un 73,8%.

La dimensión de aprendizaje organizacional/mejora continua, que explora aspectos relacionados a las actividades para mejorar la seguridad, medidas apropiadas para evitar que ocurran nuevamente riesgos en los pacientes, así como la evaluación en los cambios relacionados con la seguridad fue percibida como fortaleza con un 83,6%, encontrándose una similitud a los estudios de Saturno *et al.* (28) con una percepción global del 61,8 %, y por parte del personal de enfermería con un 64,4%. En el análisis por ítems “cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo” con un 78%; al igual Barbosa *et al.* (29) quienes reportaron en su estudio un 78,35% de respuestas positivas por la “preocupación por los errores que se cometen”. Semejante fue lo reportado por Skodovà *et al.* (32) con una evaluación del 71,9% para esta dimensión al igual que Fajardo-Dolci *et al.* (30) encontraron que el “aprendizaje organizacional” fue de las dimensiones mejor evaluadas.

En relación a la dimensión de frecuencia de eventos notificados que indaga aspectos relacionados con el reporte acerca de errores que pudieran haber lesionado o no al paciente, este estudio reporta un 67,2%, a diferencia de otros estudios que han reportado porcentajes de 48,97% (29) y 77,8% (28) respuestas negativas para esta dimensión.

Varela S. (Junio 2013) “Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estado actual de la Cultura de Seguridad del personal de Enfermería”

Conclusiones:

Los datos obtenidos son similares a los de otros estudios de España que han utilizado este mismo cuestionario, obteniendo en ocasiones mejor puntuación en algunas de las dimensiones y peor en otras. La nota media de seguridad del paciente (6.8) es claramente mejorable, para lo que se han diseñado acciones de mejora para las dimensiones peor valoradas y de esta manera incrementar el nivel de cultura del personal de Enfermería de este servicio. (12)

Garrido E., Paredes L. (2013) “CULTURA DEL CUIDADO SEGURO EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN TRES IPS, CARTAGENA. 2013.”

Conclusiones:

La cultura del cuidado es un lineamiento fundamental que influye en la atención calidad, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud. Objetivo Identificar la cultura del cuidado seguro en el personal de enfermería en tres IPS, I periodo 2013, Cartagena mediante la encuesta AHRQ que nos permita mitigar y mejorar la cultura del cuidado seguro en el personal de enfermería. Metodología utilizada fue descriptiva comparativa transversal donde se tomó como población, 70 profesionales de enfermería y 186 auxiliares de enfermería que se encontraban en el momento de la aplicación del instrumento.

Se evidenciaron las fortalezas y debilidades existentes en las IPS objeto de estudio, lo que permite diseñar recomendaciones a estas para obtener una excelente cultura del cuidado como resultado. (13)

Solar L. (Mayo 2014) “Seguridad del paciente en los Cuidados de Enfermería”

Conclusiones:

- La seguridad clínica es una prioridad de la gestión de la calidad que se brinda”
- El turno noche es un factor estresante, ya que supone cambios a nivel fisiológico, psicológico y en las relaciones personales. (14)

Bustamante-Ubilla, M., Hernández, P. y Yáñez, L. (2009) publicaron en la Revista Estudios Seriados en Gestión de Salud de Chile la investigación “Análisis del clima organizacional en el hospital regional de Talca”. En este trabajo se diagnostica el Clima Organizacional del Hospital Regional de Talca, primero identificando las variables, seguido de la medición de las dimensiones relevantes del Clima. Se aplicó un cuestionario con 14 dimensiones y 71 indicadores a una muestra de 308 funcionarios. Las dimensiones son estructura, responsabilidad, recompensa, riesgo, calidez, apoyo, administración del conflicto, identidad, estilo de supervisión, motivación laboral, estabilidad laboral, oportunidad de desarrollo, comunicación y por último, equipos y distribución de personas y material. El análisis de datos consideró estadística descriptiva y estandarización de medias Likert en escala de 5 puntos. En general, es posible observar que una de las dimensiones que tiene mayor valor estándar es “Oportunidad de Desarrollo”, mientras que la dimensión que posee menor estandarización es “Apoyo”. Por otra parte, aquellas dimensiones que presentaron mayor dificultad fueron “Apoyo”, “Comunicación” y “Calidez (15)

2.1.2 A nivel Nacional

Oré M. (2010) Lima “Representaciones Sociales de las Enfermeras sobre la Cultura de Seguridad en el Cuidado del Paciente”

Conclusiones:

Las representaciones de la cultura de seguridad giran alrededor de las herramientas de gestión en el proceso de cuidado, las contradicciones de la práctica de enfermería y la complejidad del error. (16)

Alvarado C. (2014) “RELACIÓN ENTRE CLIMA ORGANIZACIONAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO MÉDICO NAVAL” Lima- Perú.**Conclusiones:**

1. El análisis correlacional entre el Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente, indican que existen correlaciones significativas entre los totales de estas variables.
2. El Análisis de correlación entre las dimensiones del Clima Organizacional y las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente, indican que existen correlaciones significativas y positivas.
3. El análisis de la diferencia entre el personal de salud, hombres y mujeres, respecto del Clima Organizacional, indica que existen diferencias estadísticas significativas en los casos de Comunicaciones, Ambiente y Condiciones de trabajo, Dirección, Situaciones de cambio y en el Total del Clima Organizacional, apreciándose que las mujeres presentan promedios más altos que los varones.
4. El análisis de la diferencia entre el personal de salud, hombres y mujeres, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente, indica que existen diferencias estadísticas significativas en los casos de Seguridad brindada por la Dirección, Frecuencia de sucesos notificados, Seguridad desde la atención primaria y en el Total de la Cultura de seguridad del paciente, apreciándose que las mujeres presentan promedios más altos que los varones.
5. El análisis de la diferencia entre el personal de salud, médicos y enfermeras, respecto del Clima Organizacional, indica que existen

diferencias estadísticas significativas en todos los casos, apreciándose que los médicos presentan promedios más altos que las enfermeras.

6. El análisis de la diferencia entre el personal de salud, médicos y enfermeras, respecto de la Cultura de Seguridad del Paciente, indica que existen diferencias estadísticas significativas en todos los casos, apreciándose que los médicos presentan promedios más altos que las enfermeras. (5)

Del Rio J., Munares A. (2013) Ica. "Clima organizacional en trabajadores de un hospital general de Ica, Perú".

El propósito de esta investigación fue identificar la percepción del Clima Organizacional en trabajadores de un Hospital General de Ica. Es un estudio descriptivo transversal, que incluyó 7 grupos ocupacionales. Se incluyó a 178 trabajadores del hospital, seleccionados mediante muestreo aleatorio proporcional a grupos ocupacionales. El instrumento fue un cuestionario con 55 preguntas a través de las cuales se valoró el Potencial humano, Diseño organizacional y Cultura organizacional, con sus 11 dimensiones. Se calificó según puntuación como clima no saludable de 55 a 128, clima por mejorar de 129 a 202, y clima saludable de 203 a 275. Los resultados indican que el clima organizacional percibido por los trabajadores del Hospital tuvo un puntaje promedio de 164 es decir un clima por mejorar. El 12.9% de trabajadores percibió un clima saludable. De las 11 dimensiones estudiadas, el clima que se percibió fue por mejorar, excepto en identidad, dimensión en la cual se tuvo, en promedio, un clima saludable. Sin embargo, la identidad según grupos ocupacionales, tuvo un clima por mejorar en el grupo de enfermeras, técnicos, otros profesionales y artesanos. Este estudio claramente indica que es necesario mejorar el clima organizacional de la institución, aplicando un plan de intervención con proyectos de mejora del entorno organizacional segunda propone la medición de las condiciones de seguridad del paciente y la construcción de guías de auto evaluación para ser aplicadas al cliente interno y a los usuarios de los

servicios prestados por las IPS de primer nivel de atención. Los resultados obtenidos señalan que la seguridad del paciente en Colombia va de la mano con el sistema de garantía de la calidad en salud incentivado por políticas internacionales que definen los lineamientos en la unificación de criterios de procesos y procedimientos en la práctica clínica. (17)

2.2. BASES TEORICAS

2.2.1. CONCEPTO DE CLIMA ORGANIZACIONAL

Según María Guadalupe García Ramírez (México). El clima organizacional, llamado también clima laboral, ambiente laboral o ambiente organizacional, es un asunto de importancia para aquellas organizaciones competitivas que buscan lograr una mayor productividad y mejora en el servicio ofrecido, por medio de estrategias internas. El realizar un estudio de clima organizacional permite detectar aspectos clave que puedan estar impactando de manera importante el ambiente laboral de la organización.

Con respecto a este tema existe un debate si éste debe tratarse en términos objetivos o bien en reacciones subjetivas. Por términos objetivos nos referimos a los aspectos físicos o estructurales, mientras que las reacciones subjetivas tienen que ver con la percepción que los trabajadores tienen del ambiente en el que se desarrollan.

Brunet, (1987) afirma que el concepto de clima organizacional fue introducido por primera vez al área de psicología organizacional por Gellerman en 1960. Este concepto estaba influido por dos grandes escuelas de pensamiento: la escuela de Gestalt y la escuela funcionalista.

Según la escuela de Gestalt los individuos comprenden el mundo que les rodea basados en criterios percibidos e inferidos, de tal manera que se comportan en función de la forma en que perciben su mundo. Es así

que el comportamiento de un empleado está influenciado por la percepción que él mismo tiene sobre el medio de trabajo y del entorno. Por otro lado, la escuela funcionalista formula que el pensamiento y comportamiento de un individuo dependen del ambiente que le rodea y que las diferencias individuales juegan un papel importante en la adaptación del individuo a su medio.

Para Chiavenato, (1992) el Clima organizacional constituye el medio interno de una organización, la atmosfera psicológica característica que existe en cada organización. Asimismo, menciona que el concepto de clima organizacional involucra diferentes aspectos de la situación, que se sobreponen mutuamente en diversos grados, como el tipo de organización, la tecnología, las políticas, las metas operacionales, los reglamentos internos (factores estructurales); además de las actitudes, sistemas de valores y formas de comportamiento social que son impulsadas o castigadas (factores sociales).

Anzola, (2003) opina que el clima se refiere a las percepciones e interpretaciones relativamente permanentes que los individuos tienen con respecto a su organización, que a su vez influyen en la conducta de los trabajadores, diferenciando una organización de otra.

Para Seisdedos, (1996) se denomina clima organizacional al conjunto de percepciones globales que el individuo tiene de la organización, reflejo de la interacción entre ambos. Dice que lo importante es cómo percibe el sujeto su entorno, independientemente de cómo lo perciben otros, por lo tanto, es más una dimensión del individuo que de la organización.

Schein, (citado por Davis, 1991) menciona que el ambiente organizacional, a veces llamada atmósfera o cultura organizacional, es el conjunto de suposiciones, creencias, valores y normas que comparten sus miembros. Rodríguez, (1999) expresa que el clima organizacional se refiere a las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da,

las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales que afectan dicho trabajo.

Según Goncalves (1997) considera que “el clima organizacional se relaciona con las condiciones y características del ambiente laboral las cuales generan percepciones en los empleados que afecta su comportamiento”

Por último, Méndez Álvarez, (2006) se refiere al clima organizacional como el ambiente propio de la organización, producido y percibido por el individuo de acuerdo a las condiciones que encuentra en su proceso de interacción social y en la estructura organizacional que se expresa por variables (objetivos, motivación, liderazgo, control, toma de decisiones, relaciones interpersonales y cooperación) que orientan su creencia, percepción, grado de participación y actitud; determinando su comportamiento, satisfacción y nivel de eficiencia en el trabajo.

En síntesis y de acuerdo a las definiciones mencionadas, podemos definir al clima organizacional como las percepciones compartidas que tienen los miembros de una organización acerca de los procesos organizacionales, tales como las políticas, el estilo de liderazgo, las relaciones interpersonales, la remuneración, etc. Es importante recordar que la percepción de cada trabajador es distinta y ésta determina su comportamiento en la organización por lo que el clima organizacional varía de una organización a otra (18)

El clima organizacional está dado por las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él y las diversas regulaciones formales e informales que afectan a dicho trabajo. (19)

El Ministerio de Salud ha basado su diagnóstico e intervención en la propuesta conceptual de Rodríguez (2001) quien lo define como el conjunto de percepciones que los integrantes de una organización comparten respecto al trabajo, el ambiente físico en que este se desarrolla, las relaciones interpersonales que se establecen en él y la normatividad formal e informal que afecta dicho trabajo. (20)

IMPORTANCIA

El estudio del clima organizacional, permite conocer, en forma científica y sistemática, las opiniones de las personas acerca de su entorno laboral y condiciones de trabajo, con el fin de elaborar planes que permitan superar de manera priorizada los factores negativos que se detecten y que afectan el compromiso y la productividad del potencial humano.

La elaboración del estudio del clima organizacional es un proceso sumamente complejo a raíz de la dinámica de la organización, del entorno y de los factores humanos. Por tanto, muchas organizaciones reconocen que uno de sus activos fundamentales es su factor humano y requieren contar con mecanismos de medición periódica de su Clima Organizacional.

Al evaluar el Clima Organizacional se conoce la percepción que el personal tiene de la situación actual de las relaciones en la organización, así como las expectativas futuras, lo que permite definir programas de intervención y desarrollar un sistema de seguimiento y evaluación.

Cuando se realizan intervenciones para el mejoramiento organizacional, es conveniente realizar mediciones iniciales del Clima Organizacional, como referencia objetiva y técnicamente bien fundamentada, más allá de los juicios intuitivos o anecdóticos. Dicha medición permite una mejor valoración del efecto de la intervención (19) **Personas**

Dirección de Calidad en Salud

Es por eso que se plantea la importancia de trabajar en el clima continuamente, constantemente, perseverantemente, sin miedo a las críticas, sin miedo a los obstáculos porque, por teoría se sabe, que se

pueden mejorar todas las condiciones, pero si la persona no cambia su percepción entonces los resultados de la medición del clima organizacional van a ser los mismos. (20)

CARACTERISTICAS DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

A fin de comprender mejor el concepto de Clima Organizacional es necesario resaltar las siguientes características:

- El Clima se refiere a las características del medio ambiente de trabajo estas pueden ser internas o externas.
- Estas características son percibidas directa o indirectamente por los trabajadores que se desempeñan en ese medio ambiente.
- El Clima tiene repercusiones en el comportamiento laboral.
- El Clima es una variable interviniente que media entre los factores del sistema organizacional y el comportamiento individual.
- Estas características de la organización son relativamente permanentes en el tiempo, se diferencian de una organización a otra y de una sección a otra dentro de una misma empresa.
- El Clima, junto con las estructuras y características organizacionales y los individuos que la componen, forman un sistema interdependiente altamente dinámico. (21).

VARIABLES

Potencial humano:

Constituye el sistema social interno de la organización, que está compuesto por individuos y grupos tanto grandes como pequeños. Las personas son seres vivientes, pensantes y con sentimientos que conforman la organización y ésta existe para alcanzar sus objetivos. Las dimensiones de esta variable son: (Liderazgo, innovación, recompensa y confort.)

Diseño Organizacional (estructura):

Se refiere a la estructura de la institución y está compuesta de las dimensiones: (Estructura, toma de decisiones, comunicación organizacional y remuneración.)

En cuanto a la estructura, en general, los resultados de las investigaciones tienden a proponer que las organizaciones de mayor tamaño son más burocráticas, con una normativa más estricta y rigurosa, trayendo como consecuencia la aparición de climas poco flexibles, formalizados y generalmente de bajo compromiso e implicación personal.

Cultura de la organización:

Una organización no es tal, sin que cuenta con un conjunto de personas comprometidas con los objetivos, para que ello ocurra hay que tener en cuenta el ambiente en el cual se van a desarrollar todas las relaciones, las normas y los patrones de comportamiento lo que se convierte en la cultura de esa organización. Dimensiones: (identidad, conflicto y cooperación, motivación). (19)19

CULTURA ORGANIZACIONAL

- Es el conjunto de valores, creencias y entendimientos importantes que los integrantes de una organización tienen en común.
- Se refiere a un sistema de significados compartidos por una gran parte de los miembros de una organización que se distinguen de una organización a otras.
- Es la conducta convencional de una sociedad, e influye en todas sus acciones a pesar de que rara vez esta realidad penetra en sus pensamientos conscientes.

También se encontró que las definiciones de cultura están identificadas con los sistemas dinámicos de la organización ya que los valores pueden ser modificados, como efecto del aprendizaje continuo de los individuos; además le dan importancia a los procesos de sensibilización al cambio como parte puntual de la cultura organizacional.

- La cultura organizacional, atmósfera o ambiente organizacional, como se quiera llamar, es un conjunto de suposiciones, creencias, valores o normas que comparten sus miembros. Además, crea el ambiente humano en que los empleados realizan su trabajo. De esta forma, una cultura puede existir en una organización entera o bien referirse al ambiente de una división, filial, planta o departamento. (19)

DIFERENCIA ENTRE CLIMA Y CULTURA ORGANIZACIONAL

CULTURA ORGANIZACIONAL	CLIMA ORGANIZACIONAL
Conjunto de valores, creencias y entendimientos que los integrantes de una organización tienen en común	Percepciones que el trabajador tiene de las estructuras y procesos que ocurren en un medio laboral
Se trasmite en el tiempo y se va adaptando de acuerdo a las influencias externas y a las presiones internas producto de la dinámica organizacional (Evolución histórica).	Refleja la forma en que están hechas las cosas en un entorno de trabajo determinado (Instantánea no histórica)
Es duradera	Tiene carácter temporal
Precede y fundamenta el clima	Influye directamente en el desarrollo de las actividades de la organización.
Medición cualitativa / observación de campo	Medición cuantitativa / encuesta
Medición cualitativa / observación de campo	Disciplina: Psicología

CONSECUENCIAS DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

Un buen clima o un mal clima organizacional, tendrá consecuencias para la organización a nivel positivo o negativo, definidas por la percepción que los miembros tienen de la organización. Entre las consecuencias positivas podemos nombrar las siguientes: logro, afiliación, poder, productividad, baja rotación, satisfacción, adaptación, innovación etc. Entre las consecuencias negativas podemos señalar las siguientes: inadaptación, alta rotación, ausentismo, poca innovación, baja productividad etc.

En una organización podemos encontrar diversas escalas de climas organizacionales de acuerdo a como este se vea afectado o beneficiado. El clima organizacional, junto con las estructuras, las características organizacionales y los individuos que la componen, forman un sistema interdependiente altamente dinámico.

Un adecuado clima organizacional, fomenta el desarrollo de una cultura organizacional establecida sobre la base de necesidades, valores, expectativas, creencias, normas y prácticas compartidas y transmitidas por los miembros de una institución y que se expresan como conductas o comportamientos compartidos. (19)

TEORÍAS DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

Los estudios de Clima Organizacional, se utilizan con el objetivo de encontrar los motivos, causas o razones por las cuales un ambiente genera motivación, productividad o alto rendimiento o por el contrario, los motivos por los cuales, un ambiente genera insatisfacción, improductividad y bajo rendimiento. Existen diferentes teorías que permiten diversos tipos de aproximaciones. Mencionaremos algunas teorías fundamentales que sustentan y modelan los estudios de clima organizacional.

TEORÍA DEL CLIMA ORGANIZACIONAL DE LITWIN Y STRINGER

Litwin y Stringer (1968) fueron los primeros autores en conceptualizar el clima organizativo bajo la perspectiva perceptual. Para ellos, el clima es un conjunto de propiedades del entorno de trabajo que son susceptibles de ser medidas percibidas directa o indirectamente por los trabajadores que vive y trabaja en dicho entorno y que influye en su comportamiento y motivación. La teoría de Litwin y Stringer (1968) intenta explicar importantes aspectos de la conducta de los individuos que trabajan en una organización utilizando los conceptos como motivación y clima. Los autores tratan de describir los determinantes situacionales y ambientales que más influyen sobre la conducta y percepción del individuo. Litwin y

Stringer postulan la existencia de nueve dimensiones que explicarían el clima existente en una determinada empresa. Cada una de estas dimensiones se relaciona con ciertas propiedades de la organización, tales como:

1. Estructura:

Representa la percepción que tienen los miembros de la organización acerca de la cantidad de reglas procedimientos, trámites y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desarrollo de su trabajo. La medida en que la organización pone énfasis en la burocracia, versus el énfasis puesto en un ambiente de trabajo libre, informal e inestructurado.

Está vinculada con las reglas organizacionales, los formalismos, las obligaciones, políticas, jerarquías y regulaciones. Es decir, se refiere a los canales formales dentro de la organización.

2. Responsabilidad

Es el sentimiento de los miembros de la organización acerca de su autonomía en la toma de decisiones relacionadas a su trabajo. Es la medida en que la supervisión que reciben es de tipo general y no estrecha, es decir, el sentimiento de ser su propio jefe y no tener doble chequeo en el trabajo.

3. Recompensa:

Esta dimensión corresponde a la percepción de los miembros sobre la adecuación de la recompensa recibida por el trabajo bien hecho. Es la medida en que la organización utiliza más el premio que el castigo. (Cumplimiento de objetivos, metas)

4. Riesgo:

Corresponde al sentimiento que tienen los miembros de la organización acerca de los desafíos que impone el trabajo. La medida en que la organización promueve la aceptación de riesgos calculados a fin de lograr los objetivos propuestos.

5. Relaciones:

Es la percepción por parte de los miembros de la empresa acerca de la existencia de un ambiente de trabajo grato y de buenas relaciones sociales tanto entre pares como entre jefes y subordinados.

6. Cooperación (apoyo)

Es el sentimiento de los miembros de la empresa sobre la existencia de un espíritu de ayuda de parte de los directivos y de otros empleados del grupo. Énfasis puesto en el apoyo mutuo, tanto de niveles superiores como inferiores.

7. Estándares de desempeño:

Es la percepción de los miembros acerca del énfasis que pone la organización sobre las normas de rendimiento.

8. Conflicto:

Es el sentimiento de los miembros de la organización, tanto par como superior, de aceptar las opiniones discrepantes y no temer enfrentar y solucionar los problemas tan pronto como surjan.

9. Identidad:

Es el sentimiento de pertenencia a la organización y que es un elemento importante y valioso dentro del grupo de trabajo. En general, la sensación de compartir los objetivos personales con los de la organización. (21)

2.2.2. SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad del paciente, componente clave de la calidad asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años tanto para los pacientes y sus familias, que desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos, como para las gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria segura, efectiva y eficiente. Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. El daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos. (22)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 55 Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en Ginebra en el 2002, aprobó la resolución WHA55.18 en la que se insta a los estados miembros a prestar «la mayor atención posible al problema de la seguridad del paciente» y a establecer y consolidar «sistemas de base científica, necesarios para mejorar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de la salud, en particular la vigilancia de los medicamentos, el equipo médico y la tecnología». En dicha resolución los estados miembros de la OMS pedían a la Organización que tomara la iniciativa para definir normas y patrones mundiales, alentar la investigación y apoyar el trabajo de los países para concebir y poner en práctica normas de actuación concreta. En la Asamblea Mundial del 2004 se acordó organizar una Alianza Internacional para La Seguridad de los Pacientes que fue puesta en marcha el 27 de octubre de ese mismo año. El programa de la Alianza incluye una serie de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria. Su objetivo puede resumirse en el lema «Ante todo, no hacer daño». (23)

DEFINICION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El Foro Nacional de Calidad, una asociación semiprivada formada en 1999, definió la práctica de seguridad del paciente como: “Un tipo de proceso o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición al sistema de atención a la salud dentro de un rango de enfermedades y procedimientos.

La Organización Mundial de la Salud, en el lanzamiento de su Alianza Para la Seguridad del Paciente de octubre de 2004, definió la seguridad del paciente como: “Seguridad del paciente es la ausencia de daño prevenible al paciente durante el proceso de la atención a la salud. La disciplina de seguridad del paciente es el esfuerzo coordinado para evitar que se presenten daños en los pacientes, ocasionados por el proceso mismo de atención a la salud.” (24)

Seguridad del paciente se define como el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. En sentido estricto, se puede hablar de seguridad del paciente, como la ausencia de accidentes, lesiones o complicaciones evitables, producidos como consecuencia de la atención en salud recibida. (25)

Según la Real Academia de la Lengua Española la palabra “seguridad” proviene del latín securitas; cualidad de seguro; certeza (conocimiento seguro y claro de algo). Es un estado de ánimo, una sensación, una cualidad intangible. Un objetivo y un fin que el hombre anhela constantemente como una necesidad primaria y según la pirámide de Maslow, ocupa el segundo nivel dentro de las necesidades de déficit. (26)

La seguridad del paciente se define como la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías

basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias (22)

RETO MUNDIAL EN PRO DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Los retos globales promovidos por la OMS tienen el propósito de lograr el compromiso político de los países para desarrollar acciones que impacten favorablemente en todo el mundo para ayudar a los países a reducir la carga que representan las infecciones nosocomiales, y la complicación derivada de la atención quirúrgica. Las dificultades son enormes, pero también son recompensadas: salvar vidas, elevar la seguridad del paciente, y mejorar la vida de muchísimos millones de enfermos y sus familias, en el menor tiempo posible, en la disminución de eventos adversos de gran magnitud e impacto en la salud de los pacientes.

PRIMER RETO. “Una Atención limpia es una atención más segura”

El primer proyecto 2005-2006 trata de reducir las infecciones bajo el lema: «Cuidado limpio es cuidado seguro»

Fue lanzado en el 2005 como una campaña a nivel mundial y tiene como elemento clave el lavado de manos, con el fin de prevenir la transmisión de patógenos. Aun cuando el lavado de manos es el elemento nuclear, el reto incluye en realidad los siguientes cuatro tipos de acciones:

Prácticas limpias: Lavado de manos y seguridad de los procedimientos clínicos, quirúrgicos y de urgencia.

Entorno Limpio: Seguridad del agua, saneamiento y gestión de residuos.

Productos limpios: Seguridad de transfusiones de sangre y hemoderivados.

Equipos limpios: Inmunizaciones e inyecciones seguras. (28)

SEGUNDO RETO. “La Cirugía Segura Salva Vidas”

La cirugía es un componente esencial de la asistencia sanitaria desde hace más de un siglo. Se calcula que en todo el mundo anualmente se realizan 234 millones de cirugía mayor, lo que equivale a una operación por cada 25 personas. A pesar de su costo-eficacia para salvar vidas y evitar discapacidades, la falta de acceso a una atención quirúrgica de calidad sigue constituyendo un grave problema en los países del mundo y la falta de seguridad en la atención quirúrgica, puede provocar daños considerables.

«La atención quirúrgica ha sido un componente esencial de los sistemas de salud de todo el mundo durante más de un siglo. Aunque ha habido importantes mejoras en los últimos decenios, la calidad y la seguridad de la atención quirúrgica han sido desalentadoramente en todo el mundo. La iniciativa *La cirugía segura salva vidas* pretende modificar esta situación subiendo el listón de calidad y seguridad que los pacientes pueden esperar dondequiera.»

Debido a la situación descrita, la OMS y la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, empezó a trabajar en este reto en enero de 2007, cuyo objetivo es mejorar la seguridad de la cirugía en todo el mundo, definiendo para ello un conjunto básico de normas de seguridad que puedan aplicarse en todos los Estados Miembros de la OMS.

Este segundo Reto Mundial intenta mejorar la seguridad de la cirugía y reducir las muertes y complicaciones durante las operaciones, mediante cuatro líneas de acción:

- Proporcionando información a médicos, administradores de hospitales y funcionarios de salud pública sobre la importancia y las pautas de la seguridad de la cirugía en el ámbito de la salud pública.
- Definiendo un conjunto mínimo de medidas uniformes (“estadísticas vitales quirúrgicas”) para la vigilancia nacional e internacional de la atención quirúrgica.

- Identificando un conjunto sencillo de normas de seguridad de la cirugía que puedan aplicarse en todos los países y entornos y se recojan en una lista de verificación que se utilice en los quirófanos.
- Evaluando y difundiendo la lista de verificación y las medidas de vigilancia, primero en centros piloto de cada región de la OMS y después en los hospitales de todo el mundo. (29)

TERCER RETO. “Lucha contra la Resistencia a los Antimicrobianos.” Tercer reto de la Organización Mundial de la Salud lanzado en 2010 para promover el uso prudente de los antibióticos en humanos, veterinaria y agricultura y promover la investigación en ese campo. Desde mayo de 2014 la Organización Mundial de la Salud adquirió el compromiso de desarrollar un plan de acción global para responder al reto que la resistencia a los antibióticos supone para la salud humana. (30)

“LISTA DE VERIFICACIÓN QUIRÚRGICA”.

Es común escuchar entre los profesionales del área de calidad, que la acreditación de prestadores implica que los establecimientos deben implementar la así llamada "pausa de seguridad" en sus pabellones quirúrgicos. También conocida como "lista de chequeo de la OMS", esta práctica ha encontrado rápida difusión en el mundo, gracias precisamente a la promoción que ha hecho de ella la Organización Mundial de Salud a través de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. (31)

METAS INTERNACIONALES DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE, SEGÚN LA OMS 2004

Las MISP son estrategias específicas para mejorar la seguridad de la persona que recibe atención dentro de las unidades hospitalarias. Se identifica mediante políticas sustentadas en el registro del mayor número

de eventos adversos en la atención médica. Estas metas internacionales están conformadas por seis acciones específicas:

1. Identificar correctamente a los pacientes
2. Mejorar la comunicación efectiva en el área de la salud
3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo
4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto
5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas al cuidado de la salud
6. Reducir el riesgo de daño al paciente por causa de caídas.

Cada una de las metas es implementada por medio de estándares que el personal de enfermería debe cumplir dentro de los hospitales como parte de su hacer práctico cotidiano. (32)

10 DATOS SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

1. La seguridad del paciente es un problema grave de salud pública en todo el mundo. La preocupación de los países por mejorar la seguridad de los pacientes ha aumentado en los últimos años. En la Asamblea Mundial de la Salud de 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente.
2. Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. El daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos.
3. En los países en desarrollo, la probabilidad de que los pacientes sufran algún daño en los hospitales es mayor que en los países desarrollados. En algunos países en desarrollo, el riesgo de infección asociada con la atención médica llega a ser hasta 20 veces superior al registrado en los países desarrollados
4. La higiene de las manos es la medida más importante para combatir las infecciones asociadas con la atención médica y la aparición de resistencia a los antimicrobianos.

5. En los países en desarrollo, por lo menos el 50% de los equipos médicos no está en condiciones de ser utilizado o sólo se puede utilizar en parte. A menudo, los equipos no se usan por falta de personal capacitado o de elementos y, por lo tanto, no se pueden realizar procedimientos diagnósticos o tratamientos. En esta situación, la calidad de los diagnósticos o tratamientos es inferior a la norma y los procedimientos pueden ser peligrosos, poner en riesgo la seguridad del paciente

6. En algunos países, la proporción de inyecciones aplicadas con jeringas o agujas que se reutilizan sin esterilizar llega al 70%. Se expone así a las infecciones a millones de personas. Todos los años, las inyecciones peligrosas causan 1,3 millones de muertes, principalmente a causa de la transmisión hemática de patógenos como el virus de la hepatitis B, el virus de la hepatitis C y el VIH.

7. La cirugía es una de las intervenciones médicas más complejas. Cada año, más de 100 millones de personas necesitan una intervención quirúrgica por diferentes razones médicas. En los países desarrollados, los problemas asociados con la seguridad en las intervenciones quirúrgicas constituyen el 50% de los episodios adversos evitables cuyo resultado es la muerte o la discapacidad.

8. Las razones económicas para mejorar la seguridad de los pacientes son poderosas. Los estudios muestran que en algunos países se han perdido entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año a causa de la prolongación de la estancia en el hospital, los litigios, las infecciones intrahospitalarias, el lucro cesante, la discapacidad y los gastos médicos.

9. Actividades supuestamente de alto riesgo, como la aviación o las plantas nucleares tienen un historial de seguridad muy superior al de la atención médica. La probabilidad de que un pasajero sufra algún daño en un avión es de 1 en 1 000 000. En cambio, la probabilidad de que un paciente sufra algún daño ocasionado por la atención médica es de 1 en 300.

10. La experiencia y la salud de los pacientes están en el centro del movimiento por la seguridad del paciente. La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente está trabajando por mejorar la seguridad de la atención médica en el mundo con 40 campeones que han sufrido a causa de la falta de medidas para garantizar la seguridad del paciente. (33)

CLIMA DE SEGURIDAD PARA EL PACIENTE

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que “la salud ambiental está relacionada con todos, los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. El clima de seguridad para el paciente engloba factores ambientales y laborales que podrían tener un efecto en la salud y se basa en la prevención de las enfermedades y en la creación de ambientes propicios para la salud.

Los factores ambientales que repercuten en la seguridad del paciente se clasifican en:

- **Factores ambientales externos:** Es todo aquello que rodea la vivienda, trabajo o institución de salud: Humedad, energía eléctrica, agua, aire, desechos, radiaciones, infraestructura, polvo, luz solar.
- **Factores ambientales internos:** Es todo aquello que está dentro de la vivienda, trabajo o institución: Infraestructura, temperatura, ventilación, iluminación, aire, agua, humedad, ruido y silencio.

Otros factores:

- Entre otros factores que pudieran afectar la seguridad al paciente es el síndrome de desgaste profesional en el equipo multidisciplinario o el llamado síndrome de burnout.

Otras causas principales de que las medidas de seguridad del paciente no se implementen adecuadamente o no den resultado para un clima de seguridad son:

- La renuencia al cambio por parte del personal
- La falta de conocimientos de la seguridad del paciente
- La falta de equipo de trabajo

- La empatía
- La prevención es uno de los elementos que garantiza la seguridad del medio ambiente hospitalario.
- Desarrollar planes estratégicos que incluyan la revisión continua, con tareas preventivas y correctivas, así como la actualización del inmueble. (34)

2.2.3. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

El concepto de cultura de la seguridad se mencionó por primera vez en 1988, en un informe sobre el desastre nuclear de Chernobyl, en la antigua URSS preparó el Grupo Asesor Internacional de Seguridad Nuclear. El concepto ha ganado el reconocimiento mundial en varias industrias, especialmente en industrias de alto riesgo, como la energía nuclear y la aviación. La característica clave de la cultura de la seguridad es "la percepción compartida entre los administradores y el personal sobre la importancia de la seguridad". (35)

Una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones sanitarias se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos, y poder aprender de los errores de forma proactiva, para rediseñar los procesos de manera que los errores no se vuelvan a producir. En este sentido, la consecución de una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalado como la primera de las «buenas prácticas» o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente en el informe publicado en 2003 por el National Quality Forum de Estados Unidos, reforzado en la reciente actualización de este informe, en el que se indica además la medición de la cultura de seguridad, feed-back de los resultados, y las intervenciones consecuentes, como uno de los elementos necesarios para llevar a cabo esta recomendación. (36)

La cultura da un sentido de identidad y establece un vínculo esencial entre los miembros de una organización y su misión, se considera el factor determinante del éxito o fracaso de la misma. Fortalece el

compromiso con los objetivos organizativos y aporta orientación para entender y reforzar las pautas de comportamiento.

La cultura no es estática, sino el resultado de interacciones dinámicas entre los distintos elementos de una institución. Por tanto, una cultura de seguridad es aquella que integra la máxima hipocrática básica de "no causar daño" en la misma fibra de la identidad de la organización, que la incorpora a sus normas y funcionamiento, y la sitúa como misión prioritaria fundamental. Dicha misión se define mediante principios corporativos formales y se pone en conocimiento de sus miembros en forma de principios rectores que gobiernan el trabajo de la organización y se aplican a sus prácticas diarias. Una cultura de seguridad es la que nace del esfuerzo colectivo de una institución para encaminar la totalidad de los elementos culturales hacia los objetivos de seguridad, incluidos los de sus miembros, sistemas y actividades laborales. (37)

La agencia para la investigación y calidad en salud de los Estados Unidos, Agency For Healthcare Research And Quality (AHRQ), ha definido la cultura de la seguridad **como**: "el producto de los valores individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente. (38)

EN UNA CULTURA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEBE HABER:

- Conciencia de que las cosas pueden ir mal.
- Capacidad para reconocer errores, aprender de ellos y actuar para mejorar las cosas.
- Capacidad para ser abierto e imparcial (justicia) para compartir información y para tratar al profesional en eventos adversos (esto es, crítico tanto para paciente como para quien le cuida o trata).
- Enfoque del sistema: las cosas no están sólo ligadas al individuo, sino también al sistema en el que trabaja.
- Abordaje de lo que está mal en el sistema, lo que ayuda a aprender lecciones y prevenir su recurrencia. (22)

BENEFICIOS DE UNA CULTURA DE LA SEGURIDAD

- Impacto positivo en el funcionamiento de la organización.
- Transición desde el análisis de fallos para la mejora continua
- Reducción de la recurrencia y severidad "debido al proceso de aprendizaje".
- Personal con menos stress, culpabilidad y falta de confianza al ocurrir menos eventos adversos.
- Tiempo de espera menor "debido a menos retorno de pacientes ligados a errores".
- Reducción de costos extra-tratamiento.
- Reducción de costos en recursos requeridos para gestionar quejas y reclamaciones.
- Reducción de costos sociales y financieros (pagos por incapacidades). (22)

PROMOCIÓN DE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Santiago Ramón y Cajal refieren: “Lo peor no es cometer un error sino tratar de justificarlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia”. La atención en salud es cada vez más compleja, utiliza tecnologías muy sofisticadas, se realizan más prestaciones, la diversidad de los profesionales y la variabilidad de sus prácticas van en aumento, por ello, recibir atención en salud entraña cada vez más riesgos potenciales, aun cuando cada día millones de personas son tratadas con éxito y de forma segura. (39)

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERÍA

Cuando la cultura de la seguridad se aplica al cuidado de la salud tiene una importancia aún mayor, ya que la seguridad no sólo se aplica a la fuerza de trabajo, sino también a los pacientes que puedan ser perjudicados por la actuación del personal. La cultura tradicional de seguridad del paciente de “culpa y vergüenza” en las organizaciones de salud, ha sido criticada por obstruir la posibilidad de “aprender de los errores”, y en gran parte, es responsable de los errores cometidos. Por fortuna, actualmente existe un creciente reconocimiento sobre la necesidad de transformar la cultura organizacional de la salud. La participación de enfermería es uno de los ejes fundamentales en el proceso de atención en salud, ya que son las profesionales que pasan más tiempo en contacto directo con los pacientes; lo que les permite conocer de primera mano sus expectativas, así como las dificultades que puede generarles el tratamiento. De ahí la importancia de establecer los mecanismos en que enfermería puede contribuir de una forma singular al éxito en el desarrollo de una Cultura de Seguridad del Paciente. (35)

LIDERAZGO POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA IMPLANTAR UNA CULTURA DE SEGURIDAD

A diferencia del médico, cuya función principal es uno de diagnóstico y tratamiento, el papel de la enfermera puede ser pensado en términos de cuidado, curación y tratar al paciente de forma íntima como él o ella pasa

por el proceso de mejorar su salud. Esto hace necesariamente que la enfermera responsable de lo físico, mental, emocional y bienestar a veces espiritual del paciente. Para cumplir eficazmente su misión, sin embargo, la enfermera debe no sólo actuar como un administrador de atención, sino también como un líder en general bienestar. Esta es la filosofía de uno de los principales teóricos de enfermería, hermana Calixta Roy. Según Roy, el papel de la enfermera es funcionar como un facilitador de la capacidad natural del propio paciente para adaptarse a lesiones y enfermedades. Este modelo dinámico de enfermeras en lo que es esencialmente una capacidad de liderazgo, trayendo sus conocimientos, técnicas y compasión para guiar al paciente hacia la buena salud.

La gestión del cuidado debe estar a cargo de un profesional enfermero/a, con formación y competencias técnicas y de gestión en el área de la gestión de los cuidados, además se le dan atribuciones para organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería, a fin de otorgar una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia cultural y en concordancia con las políticas y normas establecidas por el Ministerio de Salud.

La gestión del cuidado es intransferible ya que requiere de un criterio profesional que, desde su planificación hasta su ejecución, responda a estándares éticos, jurídicos y científico-técnicos, que sólo se alcanzan con una formación superior impregnada de la tradición y evolución histórica de la enfermería, la gestión sólo será delegable a otra enfermera/o" (Categorización de servicios de enfermería, 2009 (34)

2. 3. DEFINICION DE TERMINOS

- **Clima Organizacional.** Se define como un conjunto de propiedades del ambiente laboral, percibidas directamente o indirectamente por los empleados que se supone son una fuerza que influye en la conducta del empleado.
- **Seguridad del paciente.** Conjunto de actividades dirigidas a evitar, prevenir o minimizar el daño producido al paciente por los profesionales sanitarios derivado de la prestación de la atención sanitaria que recibe o de mitigar sus consecuencias
- **Cultura de seguridad:** La cultura de seguridad es el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales que determinan el compromiso, el estilo y el desempeño de una institución
- **Atención en salud:** servicios recibidos por los individuos o las poblaciones para promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud.
- **Acción insegura.** Conducta que ocurre durante el proceso de atención en salud, usualmente por acción u omisión de miembros del equipo. En un incidente pueden estar involucradas una o varias acciones inseguras.
- **Falla de la atención en salud:** una deficiencia para realizar una acción prevista según lo programado o la utilización de un plan incorrecto, lo cual se puede manifestar mediante la ejecución de procesos incorrectos (falla de acción) o mediante la no ejecución de los procesos correctos (falla de omisión), en las fases de planeación o de ejecución. Las fallas son por definición no intencionales.

- **Paciente.** Persona receptora de atención sanitaria, proporcionada por profesionales de la salud.

- **Profesional de la salud.** Son todas aquellas personas cuya actividad principal, consiste en ofrecer atención a la salud, como pueden ser médicos, enfermeras, odontólogos, laboratoristas y químicos, entre otros.

- **Evento adverso:** Accidente imprevisto e inesperado que causa lesión, incapacidad y/o prolongación de la estancia y/o fallecimiento, que se deriva de la asistencia sanitaria y no de la enfermedad del paciente. Los eventos adversos pueden ser prevenibles y no prevenibles.

- **Evento adverso prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se habría evitado mediante el cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial disponibles en un momento determinado.

- **Evento adverso no prevenible:** resultado no deseado, no intencional, que se presenta a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial.

- **Incidente:** Evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente.

- **Negligencia** Error difícilmente justificable, ocasionada por abandono, apatía, estudio insuficiente, falta de diligencia, omisión de precauciones debidas a la falta de cuidado en la aplicación del conocimiento que se debería tener y utilizar por un profesional cualificado.

2. 4. BASES EPISTÉMICAS

En la antigüedad, se utilizó la expresión “primun non nocere”. Esta era la manera de expresar la falta de humanismo de la atención médica y exigía evitar los malos procedimientos de aquella época.

En Babilonia, siglo XVIII a.c.: El código de Hammurabi (conjunto de leyes más antiguas que se han encontrado) regulaba la responsabilidad profesional de los médicos y castigaba, crudamente, las secuelas provocadas por un tratamiento inadecuado, dependiendo del nivel social del enfermo. Las penas eran recibidas según los delitos cometidos.

El juramento Hipocrático, siglo V a.c., estableció los principios éticos y médicos, para mejorar la práctica curativa y sus resultados. Estos fundamentos están vigentes en la actualidad. El juramento Hipocrático cita textualmente: “Hare uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservare”.

Florence Nightingale, precursora de la enfermería moderna, en 1865, durante la guerra de Crimea, afirmó que un entorno saludable era necesario para proporcionar adecuadamente los cuidados de enfermería. Ella supo reconocer el riesgo de la atención sanitaria: “puede parecer extraño decir que el principio de un hospital es no hacer daño a los enfermos. Pero es necesario decirlo porque la mortalidad hospitalaria es muy alta comparada con la extrahospitalaria.”

El Dr. Ernest Codman (1916), padre de la calidad asistencial, realizó una investigación sobre los errores de diagnóstico y tratamiento médico, registro los datos y obtuvo resultados significativos para realizar mejoras en la atención.

En 1979, se publicó el informe de Belmont, que contiene tres normas esenciales, relacionadas con la protección de los pacientes y que todas las profesiones sanitarias han asumido como o núcleo de su propia Ética profesional (Autonomía, Beneficencia, Justicia).

En EEUU, en la década de los noventa, los científicos se dedicaron a estudiar más a fondo sobre el error médico, en 1999, se presentó el documento "To Err Is Human" del Instituto de Medicina, en los que se destacaban los malos resultados de la atención médica hospitalaria causados específicamente por el error humano. Dicho informe concluyó que más de 50 000 personas mueren al año en los hospitales de EEUU., como resultado de errores que se suceden en el proceso de atención.

Actualmente, la OMS se ocupa de los estudios de eventos adversos, análisis de los errores de la atención médica y desarrollo de estrategias para la seguridad del paciente. (40)

CAPÍTULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 TIPO DE INVESTIGACION

DESCRITIVA ya que busca determinar la medida en que dos variables se correlacionan entre sí, es decir el grado en que las variaciones que sufre un factor se corresponden con las que experimenta el otro.

Describe la relación que existe entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico de un Hospital de Es-Salud

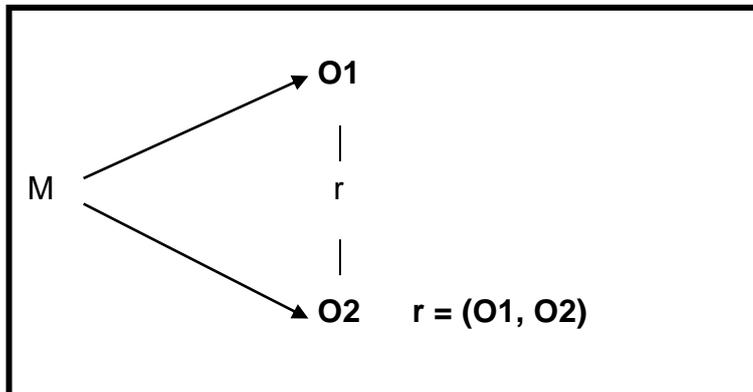
3.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

DESCRIPTIVO – CORRELACIONAL (Hernández, Fernández y Baptista. Metodología de la Investigación, pg. 58 - 62).

En cuanto trata de caracterizar y establecer la relación entre las variables y sus dimensiones: clima organización y cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería.

3.3 DISEÑO Y ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

El diseño de investigación es no experimental, modalidad Descriptivo – correlacional, que modela la forma de la implementación y ejecución del proceso investigativo, cuyo esquema lineal es el siguiente: (Sánchez y Reyes. Metodología y Diseños de la Investigación Científica. P. 89).



Dónde:

M1 = Muestra Personal de enfermería

O1 = Medición de Clima organizacional

O2 = Medición de Cultura de Seguridad del paciente.

r = Correlación entre la información O1 y O2

En nuestro caso, pretendemos relacionar el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en una muestra del personal de enfermería del Centro quirúrgico del Hospital Luis Negreiros Vega.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estará representada por 50 personas entre ellos: 36 Licenciadas en enfermería y 14 Técnicos de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Todo personal de Enfermería que desean participar en dicho estudio y por voluntad propia.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Personal de enfermería que no desean participar en el estudio
- Los cuestionarios que estén mal llenados

3.5. TAMAÑO DE MUESTRA

La muestra estará conformada por 50 personas y el tamaño de muestra es no probabilística.

3.6. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS:

Los instrumentos utilizados en el estudio han sido los siguientes:

- Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005

El instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture adaptado por el grupo de investigación en gestión de calidad de la universidad de Murcia, fue concebido como una herramienta para examinar de manera fiable las conductas y actitudes de los trabajadores del área de la salud relacionadas con la seguridad del paciente. Además, incluye una pregunta que permite valorar la calificación global de la seguridad en el ambiente, el número de eventos notificados en el último año y variables socio-

profesionales. De forma general las respuestas se clasifican en tres categorías así:

- Negativo: Muy en desacuerdo, en desacuerdo.
- Neutral: Ni de acuerdo, ni en desacuerdo.
- Positivo: De acuerdo, muy de acuerdo

Inicialmente agrupa las preguntas bajo tres criterios: “Su Servicio/Unidad”, “su hospital”, “comunicación en su servicio/unidad” e “información complementaria”. Las preguntas del cuestionario original se clasifican en 12 dimensiones.

- Cuestionario de Evaluación del CLIMA ORGANIZACIONAL
Instrumento Organizational Climate Questionarie, elaborado por Litwin y Stringer (1968) y modificado en el año 2001 por Echezuria y Rivas (que introdujeron 3 ítems más). Está estructurado en 9 dimensiones: estructura, responsabilidad, recompensa, riesgo, relaciones/calor, estándares de desempeño, cooperación, apoyo, conflicto e identidad; comentadas anteriormente y que consta de 53 ítems

3.7 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

- Solicitar a la dirección y entidades administrativas responsables, la autorización para obtener los datos necesarios.
- Presentación de tres impresiones en originales del proyecto y los documentos de aceptación para iniciar la ejecución del proyecto.
- Seleccionar a los participantes del estudio según criterios de inclusión y exclusión.
- Aplicación del instrumento para la obtención de las respuestas.
- Tabulaciones de los datos del instrumento
- Procesamiento de los datos.
- Elaboración del informe final para la sustentación.

CUADRO Nº 1**LAS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS A EMPLEAR PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

Fuentes	Técnicas	Instrumentos	Ítems
Bibliográficas – Hemerográficas Virtuales	Llenado de los instrumentos – Exploración Virtual	Fichas Bibliográficas – Páginas Web	
CLIMA ORGANIZACIONMAL	ENCUESTA	CUESTIONARIO	53 PREGUNTAS
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	ENCUESTA	CUESTIONARIO	42 PREGUNTAS

CUADRO Nº 2**TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
LOS RESULTADOS.**

PROCESAMIENTO	ANÁLISIS	INTERPRETACION
<p>Tabulación de la información en tablas y cuadros estadísticos</p> <p>Tablas de contingencia</p> <p>Representación grafica</p>	<p>Análisis de estadística descriptiva para cada variable y luego describir relación entre ellos</p> <p>Tipo de estudio Transversal</p> <p>Nivel de estudio relacional</p> <p>Variable de estudio Ordinal</p>	<p>Interpretación descriptiva-correlacional de los resultados.</p> <p>Estadística de correlación No paramétrica</p>

Destacándose el análisis estadístico, que incluye las siguientes actividades:

- Tabulación de la información en tablas y cuadros estadísticos
- Uso de tablas de contingencia
- Representación Gráfica
- Análisis e interpretación descriptivo – Correlacional de los resultados.
- Síntesis y estimación de los resultados y pruebas de hipótesis y contrastación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4 RESULTADOS: PRESENTACION, ANALISIS INTERPRETACION

4.1. RESULTADOS DEL TRABAJO DE CAMPO

PLANEAMIENTO: Los permisos a las autoridades del Hospital para llevarse a cabo allí dicho estudio, lo cual es revisada por las autoridades del comité de ética para autorizar la realización de dicho estudio.

EJECUCION: Se cita a todos los trabajadores del servicio de Centro Quirúrgico para informarles sobre el estudio y previo consentimiento informado accedieron a responder el instrumento luego de haber concluido la etapa de recolección de datos, estos datos fueron tabulados, para ser sometidos al Excel y SSPSS 21.

EVALUACION: La evaluación se realizó mediante los problemas. Planteados, los Objetivos e hipótesis mencionadas, ya que todos los datos tabulados con sus dimensiones se presentaron en cuadros de frecuencia, contingencia, y cuadros de correlaciones gráficos correspondientes con sus respectivas interpretaciones.

Los cuadros y gráficos van presentados de acuerdo a las variables, la independiente y la dependiente, cada uno de ellos con sus respectivas interpretaciones.

Asimismo, se ha elaborado la contrastación de hipótesis con la distribución Chi cuadrada, mediante la bondad de ajustes. Tanto para la Hipótesis general y específicas dando respuesta a cada una de las preguntas planteadas.

4.2. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

El procesamiento de datos se generó a partir de los resultados siguientes:

Tablas de frecuencia para la Variable Independiente Clima Organizacional:

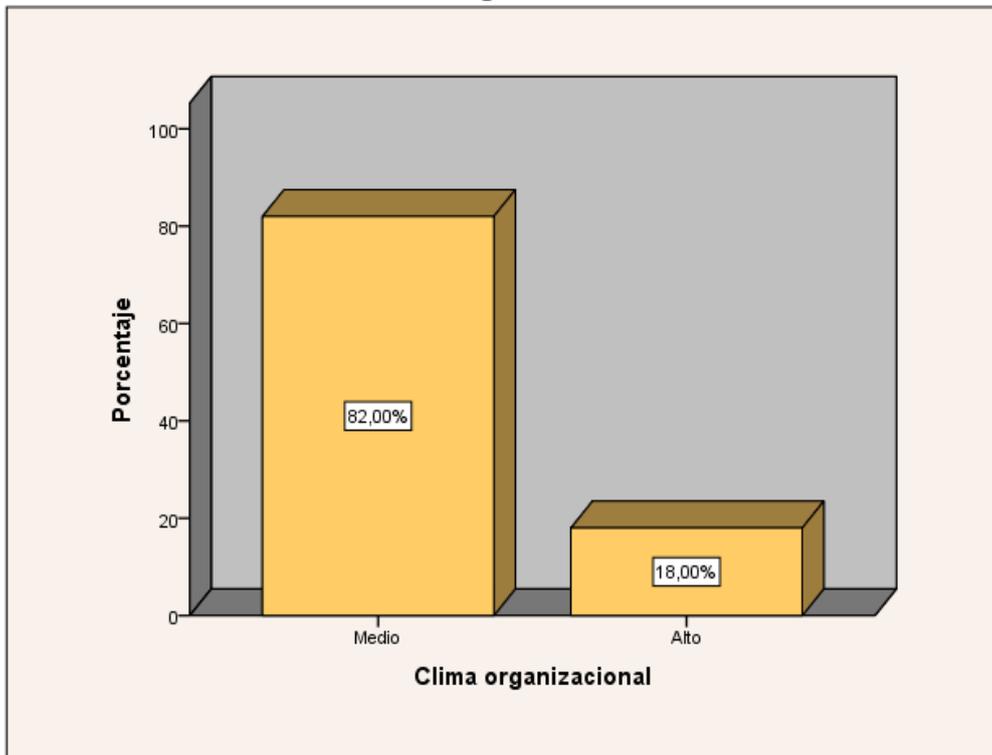
CLIMA ORGANIZACIONAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL II LUIS NEGREIROS VEGA ES-SALUD 2015

	Frecuencia	Porcentaje
Medio	41	82,0
Alto	9	18,0
Total	50	100,0

Fuente: datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 1:

Clima organizacional



INTERPRETACION:

En el cuadro y gráfico correspondiente se observa que el personal de enfermería que laboran en el Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreriros Vega Es- Salud, se tiene que el 82% tiene un nivel medio en relación al clima organizacional y el 18% tiene un nivel alto en relación al clima organizacional. Esto quiere decir que el personal de enfermería en su mayoría tiene un nivel medio referente al clima organizacional

Tablas de frecuencia para la Variable Dependiente Cultura de Seguridad:

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL II LUIS NEGREIROS VEGA ES-SALUD 2015

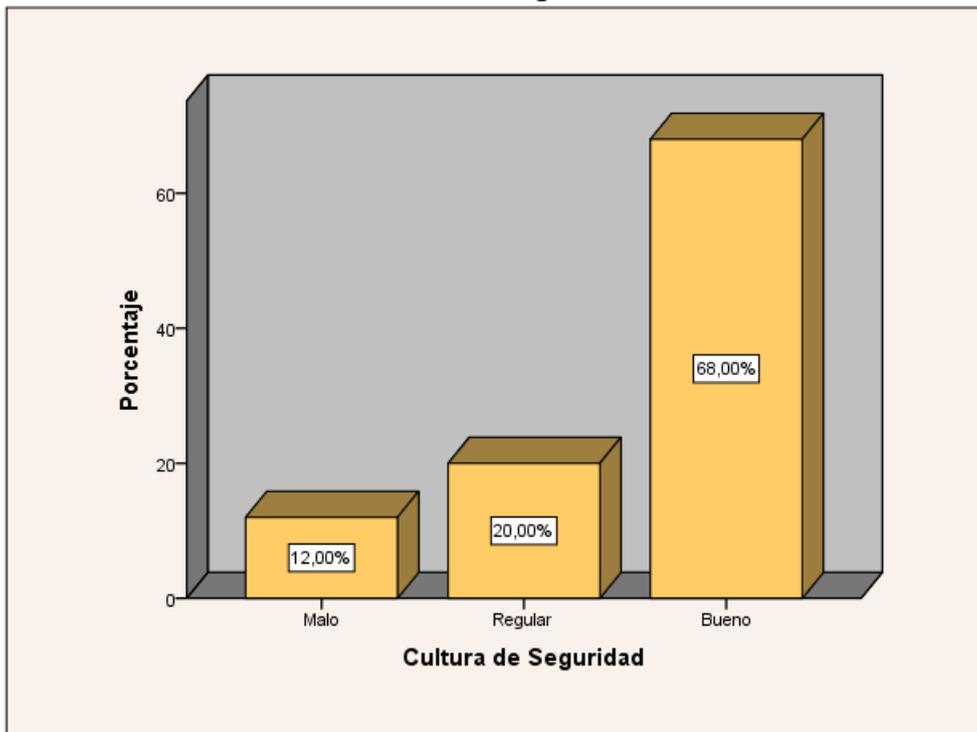
Tabla N° 2: Cultura de Seguridad

	Frecuencia	Porcentaje
Malo	6	12,0
Regular	10	20,0
Bueno	34	68,0
Total	50	100,0

Fuente: datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 2:

Cultura de Seguridad



INTERPRETACION:

En el cuadro y gráfico correspondiente se observa que el personal de enfermería que laboran en el Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreriros Vega Es- Salud, se tiene que el 68% es bueno en relación a la cultura de seguridad, el 20% es regular en relación a la cultura de seguridad y el 12% es malo en relación a la cultura de seguridad.

Esto quiere decir que el personal de enfermería en su mayoría tiene buena cultura de seguridad.

Tablas de contingencia:

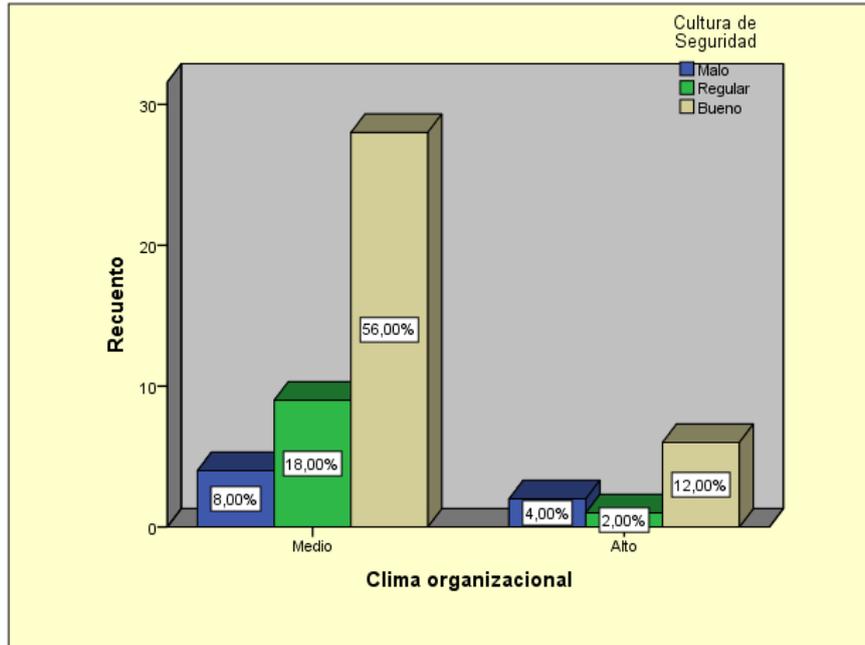
CLIMA ORGANIZACIONAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL II LUIS NEGREIROS VEGA ES-SALUD 2015

Tabla No 3: Tabla de contingencia Clima organizacional

			Cultura de Seguridad			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Clima organizacional	Medio	Nº	4	9	28	41
		%	8,0%	18,0%	56,0%	82,0%
	Alto	Nº	2	1	6	9
		%	4,0%	2,0%	12,0%	18,0%
Total	Nº	6	10	34	50	
	%	12,0%	20,0%	68,0%	100,0%	

Fuente: datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 3:
Gráfico de barras



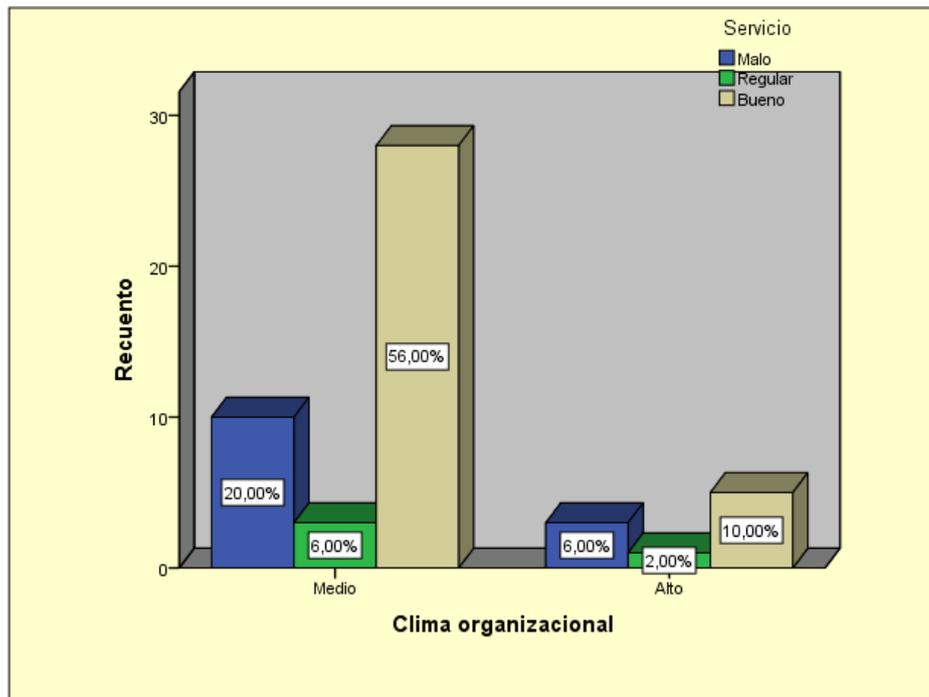
INTERPRETACION:

En el cuadro y gráfico correspondiente se observa que el personal de enfermería que laboran en el Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreriros Vega Es- Salud, se tiene que el 56% considera que mientras la cultura de seguridad es buena el clima organizacional es medio, así mismo se tiene que el 12% considera que mientras la cultura de seguridad es buena el clima organizacional es alto.

Tabla No 4: Tabla de contingencia Clima organizacional * Servicio

			Servicio			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Clima organizacional	Medio	Nº	10	3	28	41
		%	20,0%	6,0%	56,0%	82,0%
	Alto	Nº	3	1	5	9
		%	6,0%	2,0%	10,0%	18,0%
Total	Nº	13	4	33	50	
	%	26,0%	8,0%	66,0%	100,0%	

Fuente: datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 4:**Gráfico de barras****INTERPRETACION:**

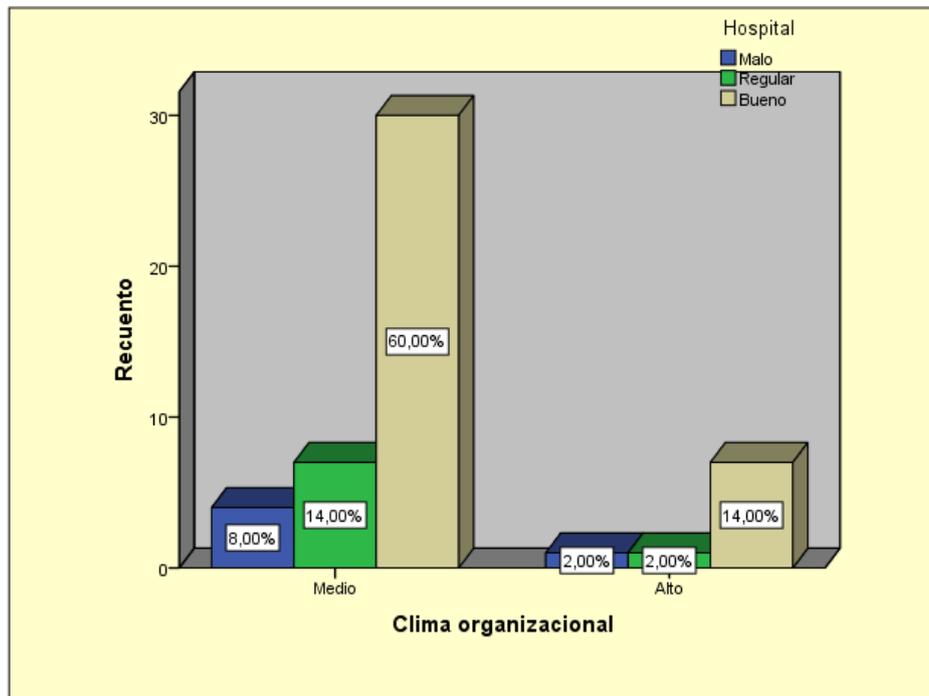
En el cuadro y gráfico correspondiente se observa que el personal de enfermería que laboran en el Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreriros Vega Es- Salud, se tiene que el 56% considera que la cultura de seguridad en su servicio es buena, mientras el clima organizacional es medio, así mismo se tiene que el 10% considera que la cultura de seguridad en su servicio es bueno y el clima organizacional es alto

Tabla No 5: Tabla de contingencia Clima organizacional * Hospital

		Hospital			Total	
		Malo	Regular	Bueno		
Clima organizacional	Medio	Nº	4	7	30	41
		%	8,0%	14,0%	60,0%	82,0%
	Alto	Nº	1	1	7	9
		%	2,0%	2,0%	14,0%	18,0%
Total	Nº	5	8	37	50	
	%	10,0%	16,0%	74,0%	100,0%	

Fuente: datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 5:
Gráfico de barras



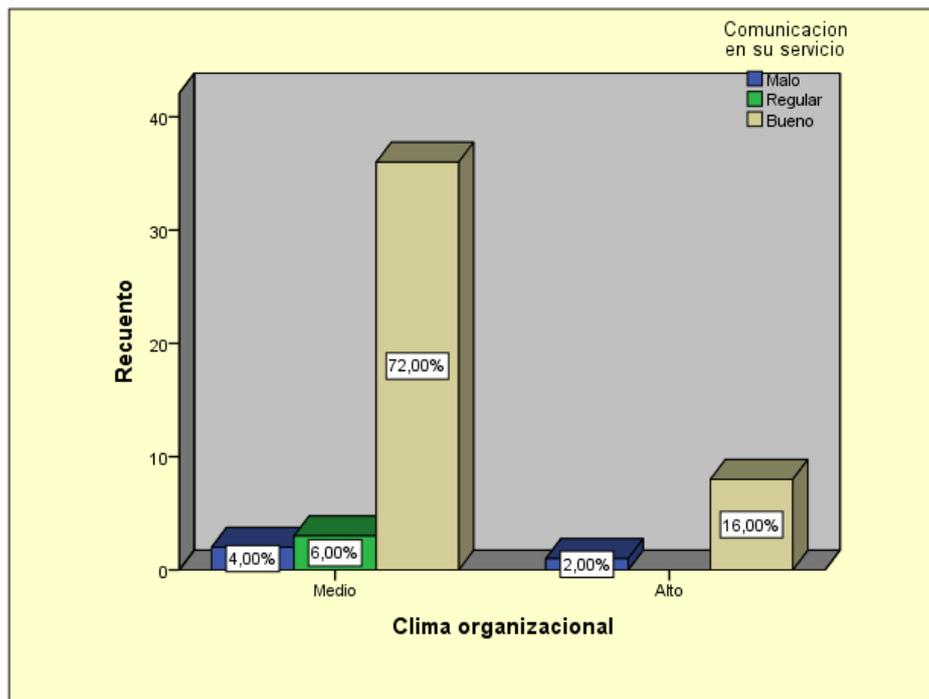
INTERPRETACION:

En el cuadro y gráfico correspondiente se observa que el personal de enfermería que laboran en el Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreriros Vega Es- Salud, se tiene que el 60% considera que la cultura de seguridad del hospital es buena, el clima organizacional es medio, así mismo se tiene que el 14% considera que la cultura de seguridad del hospital es buena, el clima organizacional es alto.

Tabla No 6: Tabla de contingencia Clima organizacional * Comunicacion en su servicio

			Comunicacion en su servicio			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Clima organizacional	Medio	Nº	2	3	36	41
		%	4,0%	6,0%	72,0%	82,0%
	Alto	Nº	1	0	8	9
		%	2,0%	0,0%	16,0%	18,0%
Total	Nº	3	3	44	50	
	%	6,0%	6,0%	88,0%	100,0%	

Fuente: datos obtenidos de la encuesta.

Grafica No 6:**Gráfico de barras****INTERPRETACION:**

En el cuadro y gráfico correspondiente se observa que el personal de enfermería que laboran en el Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreriros Vega Es- Salud, se tiene que el 72% considera que la cultura de seguridad en lo referente a la comunicación es buena, el clima organizacional es medio, así mismo se tiene que el 16% considera la cultura de seguridad en lo referente a la comunicación es buena, el clima organizacional es alto.

4.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS

4.3.1 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

I FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

a) Hipótesis general

Ho: No existe relación directa y significativa entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

b) Determinación del Nivel de Confiabilidad de la Prueba

Se asume el Nivel de Confiabilidad al 95%

II REGLA TEORICA PARA LA TOMA DE DECISIÓN

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspecto cualitativo de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$X^2 = \frac{\sum (O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

X^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el X^2_c es mayor que el X^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que X^2_t fuese mayor que X^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla de contingencia

Recuento		Cultura de Seguridad			Total	
		Malo	Regular	Bueno		
Clima organizacional	Medio	Nº	4	9	28	41
		%	8%	18%	56%	82%
	Alto	Nº	2	1	6	9
		%	4%	2%	12%	18%
Total	Nº	6	10	34	50	
	%	12 %	20%	68%	100%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,392 ^a	2	0,001
Razón de verosimilitudes	10,312	2	0,001
Asociación lineal por lineal	12,295	1	0,001
N de casos válidos	50		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,08.

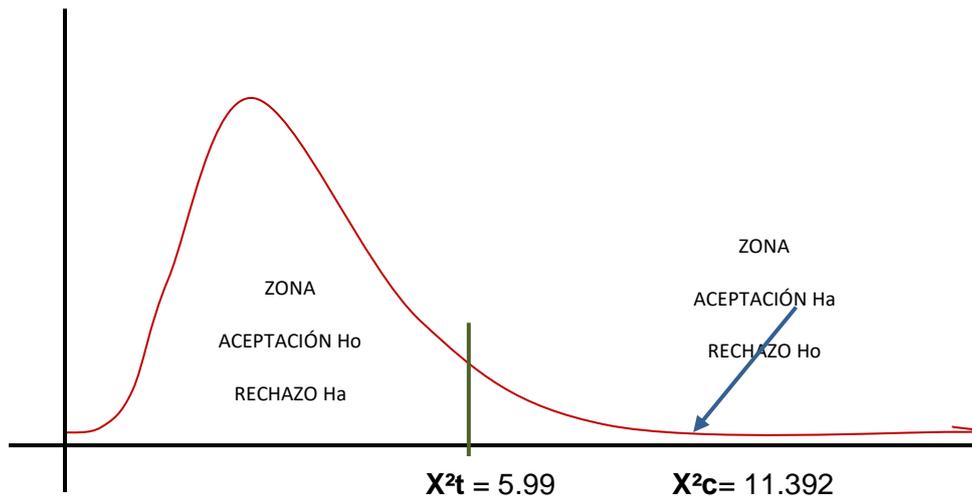
Contrastación:

Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 2 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 2 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 5.99.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($11.392 > 5.99$) y siendo el p-valor 0,001; entonces rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo: Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

GRAFICA DE CHI CUADRADO



Determinando la correlación con Rho de Spearman:

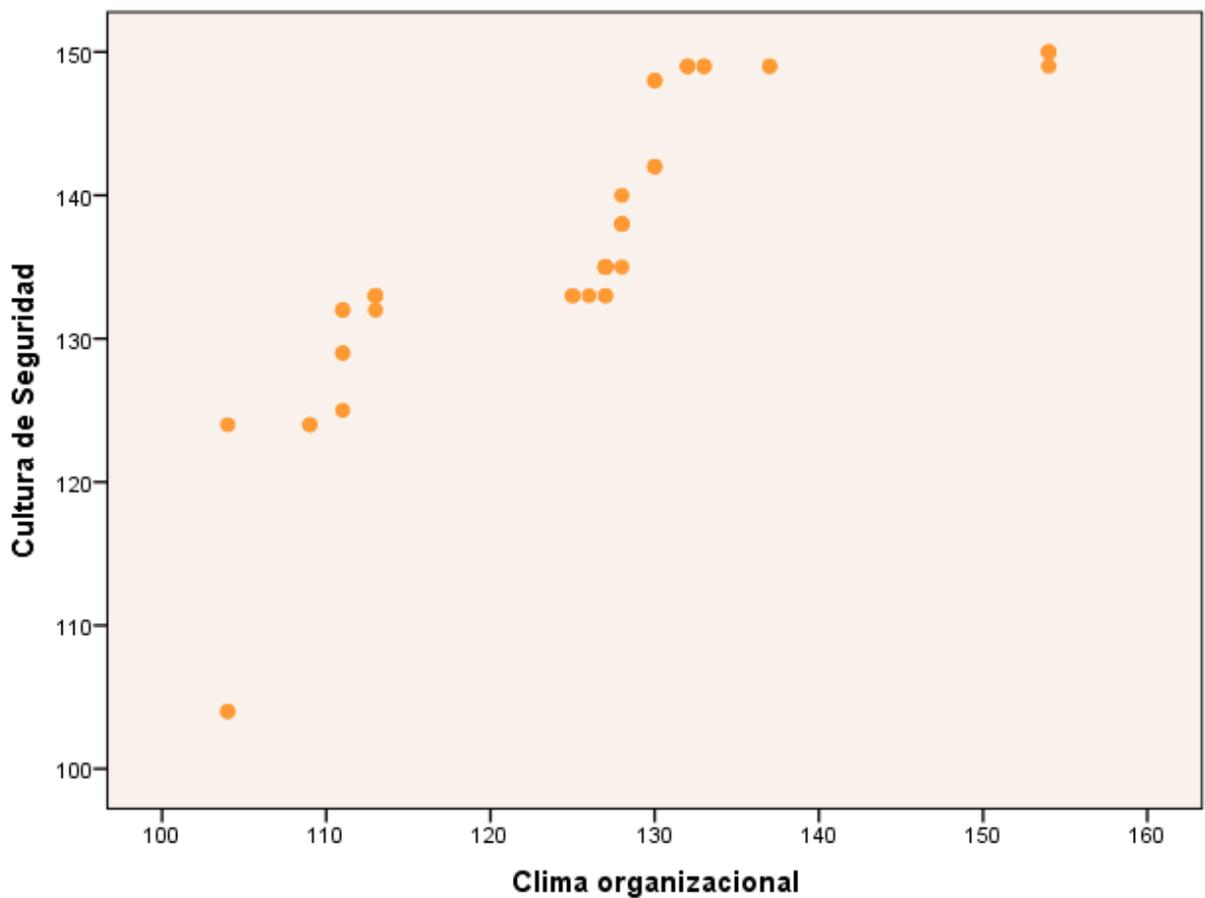
A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Correlaciones				
		Clima organizacional	Cultura de Seguridad	
Rho de Spearman	Clima organizacional	Coeficiente de correlación	1,000	0,986**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	50	50
	Cultura de Seguridad	Coeficiente de correlación	0,986**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	50	50

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

De los resultados anteriores comprobamos que entre el clima organizacional y la cultura de seguridad, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.986; es decir a mayor clima organizacional mejor cultura de seguridad. Así mismo comprobamos que existe una relación de 98.6% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que si existe relación directa y significativa entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.



4.3.2 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECIFICA 1

I FORMULACION DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1:

a) Hipòtesis específica 1

Ho: No existe relación directa y significativa entre clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel de sus Servicio/unidad en el personal de enfermería del servicio de medicina del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel de sus Servicio/unidad en el personal de enfermería del servicio de medicina del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

b) Determinación del Nivel de Confiabilidad de la Prueba

Se asume el Nivel de Confiabilidad al 95%

II REGLA TEORICA PARA LA TOMA DE DECISION

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspectos cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$\chi^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

χ^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el χ^2_c es mayor que el χ^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que χ^2_t fuese mayor que χ^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla de contingencia

Recuento			Servicio			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Clima organizacional	Medio	Nº	10	3	28	41
		%	20%	60%	56%	82%
	Alto	Nº	3	1	5	9
		%	6%	2%	10%	18%
Total	Nº	13	4	33	50	
	%	26%	8%	66%	100%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,541 ^a	2	0,001
Razón de verosimilitudes	20,524	2	0,002
Asociación lineal por lineal	20,447	1	0,000
N de casos válidos	50		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,72.

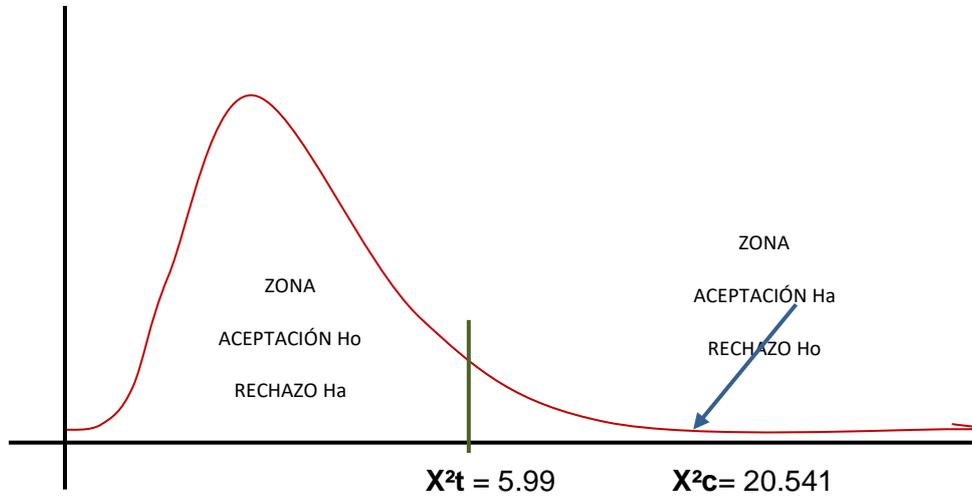
Contrastación:

Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 2 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 2 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 5.99.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($20.541 > 5.99$) y siendo el p-valor 0,001; entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo: Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel de sus Servicio/unidad en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

GRAFICA DE CHI CUADRADO



Determinando la correlación con Rho de Spearman:

A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

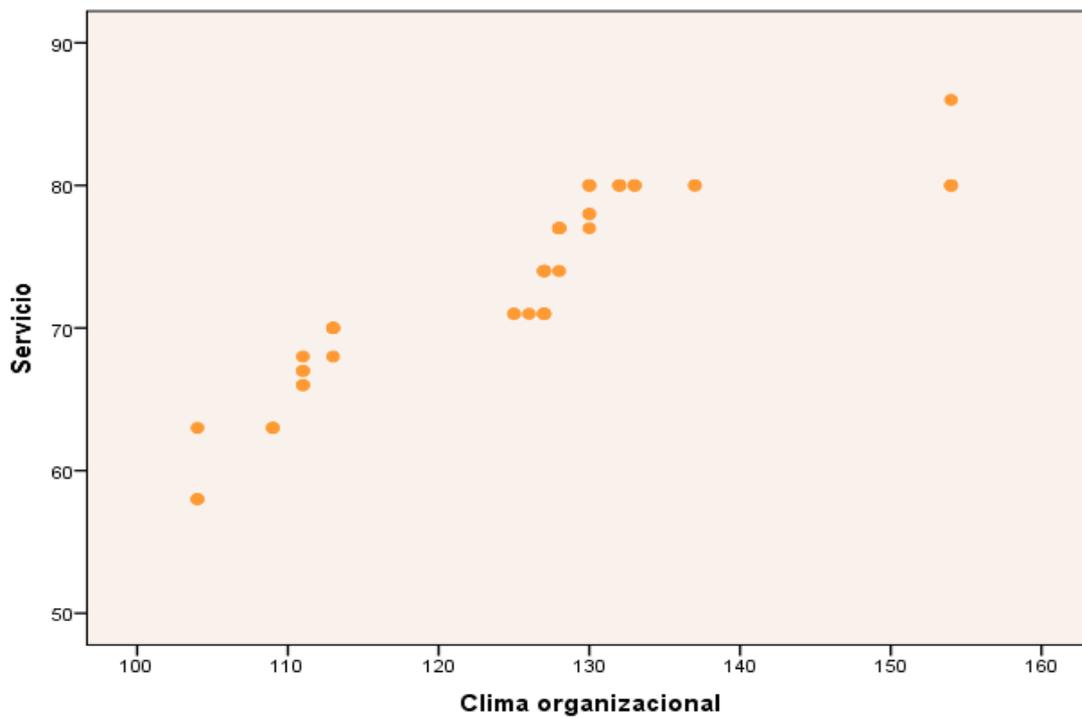
Correlaciones				
		Clima organizacional	Servicio	
Rho de Spearman	Clima organizacional	Coeficiente de correlación	1,000	0,978**
		Sig. (bilateral)	.	0,000
		N	50	50
	Cultura de seguridad en su servicio	Coeficiente de correlación	0,978**	1,000
		Sig. (bilateral)	0,000	.
		N	50	50

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

De los resultados anteriores comprobamos que, entre el clima organizacional y la cultura de seguridad, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.978; es decir a mayor clima

organizacional mejor cultura de seguridad en su servicio. Así mismo comprobamos que existe una relación de 97.8% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que existe relación directa y significativa entre clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel de sus Servicio/unidad en el personal de enfermería del servicio de Centro quirúrgico del hospital II Luis Negreriros Vega ES salud 2015



4.3.3 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECIFICA 2

I FORMULACION DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2:

a) Hipòtesis especifica 2

Ho: No existe relación directa y significativa entre Clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel del Hospital en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega EsSalud 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre Clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel del Hospital en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega EsSalud 2015.

b) Determinación del Nivel de Confiabilidad de la Prueba

Se asume el Nivel de Confiabilidad al 95%

II REGLA TEORICA PARA LA TOMA DE DECISION

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspectos cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$\chi^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

χ^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el χ^2_c es mayor que el χ^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que χ^2_t fuese mayor que χ^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla de contingencia

Recuento			Hospital			Total
			Malo	Regular	Bueno	
Clima organizacional	Medio	Nº	4	7	30	41
		%	8%	14%	60%	82%
	Alto	Nº	1	1	7	9
		%	2%	2%	14%	18%
Total	Nº	5	8	37	50	
	%	10%	16%	74%	100%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,199 ^a	2	0,001
Razón de verosimilitudes	21,214	2	0,002
Asociación lineal por lineal	21,018	1	0,000
N de casos válidos	50		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,90.

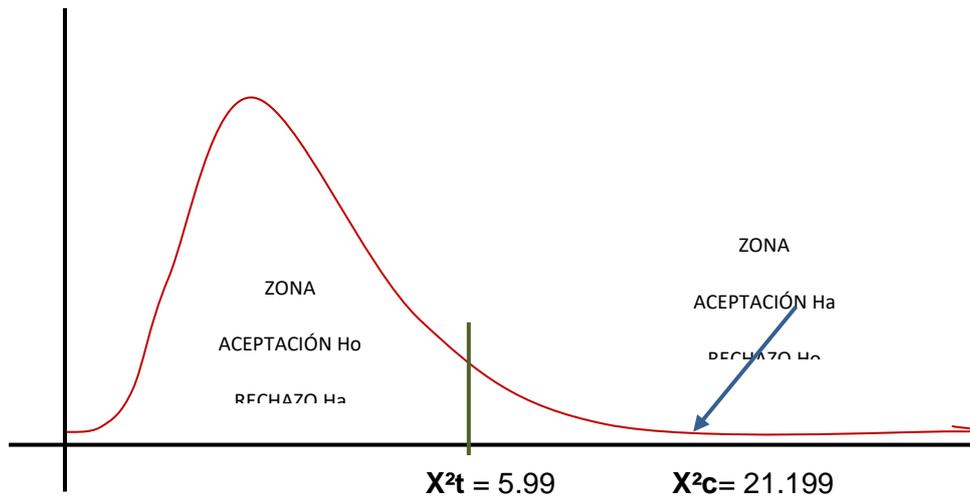
Contrastación:

Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 2 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 2 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 5.99.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($21.199 > 5.99$) y siendo el p-valor 0,001; entonces rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo:

Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre Clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel del Hospital en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega EsSalud 2015.

GRAFICA DE CHI CUADRADO**Determinando la correlación con Rho de Spearman:**

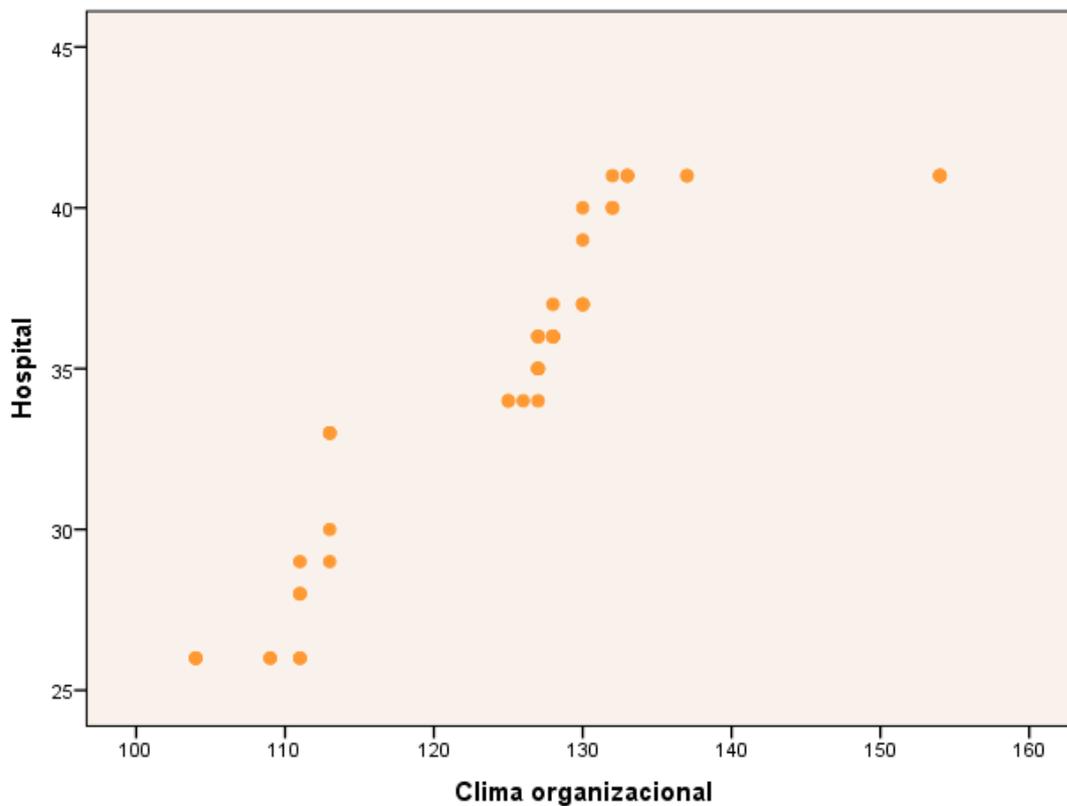
A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Correlaciones			
		Clima organizacional	Hospital
Rho de Spearman	Clima organizacional	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	0,984**
		N	.
	Cultura de seguridad del Hospital	Coeficiente de correlación	50
		Sig. (bilateral)	50
	N	0,000	.

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

De los resultados anteriores comprobamos que, entre el clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel del hospital, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.984; es decir a mayor clima organizacional mejor cultura de seguridad a nivel del hospital. Así mismo comprobamos que existe una relación de 98.4% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que si existe relación directa y significativa entre Clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel del Hospital en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega EsSalud 2015.



4.3.4 CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS ESPECIFICA 3

I FORMULACION DE LA HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3:

a) Hipòtesis especifica 3

Ho: No existe relación directa y significativa entre Clima organizacional y la cultura de seguridad desde la comunicación en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

Ha: Existe relación directa y significativa entre Clima organizacional y la cultura de seguridad desde la comunicación en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.

b) Determinación del Nivel de Confiabilidad de la Prueba

Se asume el Nivel de Confiabilidad al 95%

II REGLA TEORICA PARA LA TOMA DE DECISION

El método estadístico para comprobar las hipótesis es chi – cuadrado (χ^2) por ser una prueba que permitió medir aspectos cualitativos de las respuestas que se obtuvieron del cuestionario, midiendo las variables de la hipótesis en estudio.

El valor de Chi cuadrada se calcula a través de la formula siguiente:

$$\chi^2 = \frac{\sum(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

Dónde:

χ^2 = Chi cuadrado

O_i = Frecuencia observada (respuesta obtenidas del instrumento)

E_i = Frecuencia esperada (respuestas que se esperaban)

El criterio para la comprobación de la hipótesis se define así:

Si el χ^2_c es mayor que el χ^2_t se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, en caso contrario que χ^2_t fuese mayor que χ^2_c se rechaza la alterna y se acepta la hipótesis nula.

Tabla de contingencia

Recuento		Comunicacion en su servicio			Total	
		Malo	Regular	Bueno		
Clima organizacional	Medio	Nº	2	3	36	41
		%	4%	6%	72%	82%
	Alto	Nº	1	0	8	9
		%	2%	0%	16%	18%
Total	Nº	3	3	44	50	
	%	6%	6%	88%	100%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,137 ^a	2	0,001
Razón de verosimilitudes	31,596	2	0,001
Asociación lineal por lineal	3,072	1	0,000
N de casos válidos	50		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,54.

Contrastación:

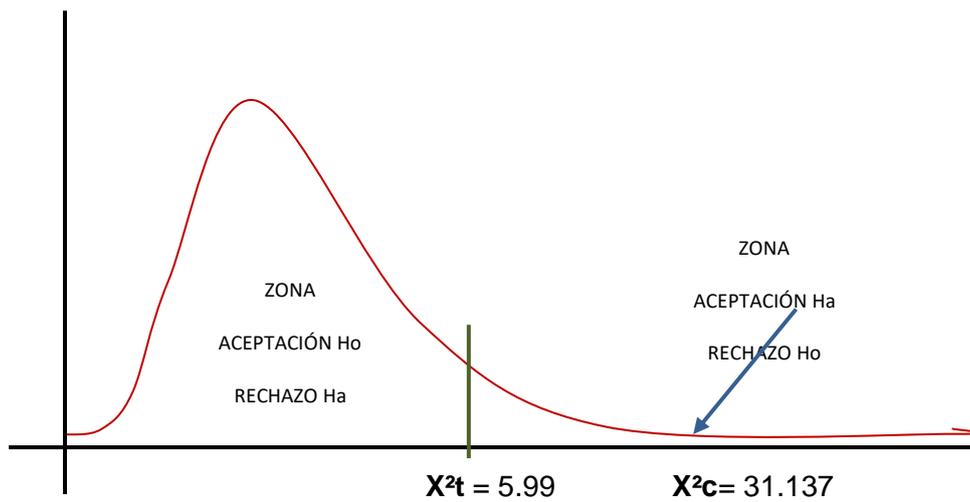
Para la validación de la hipótesis requerimos contrastarla frente al valor del X^2_t (chi cuadrado teórico), considerando un nivel de confiabilidad del 95% y 2 grados de libertad; teniendo: Que el valor del X^2_t con 2 grados de libertad y un nivel de significancia (error) del 5% es de 5.99.

Discusión:

Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($31.137 > 9.49$) y siendo el p-valor 0,001; entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; concluyendo:

Que efectivamente si existe relación directa y significativa entre Clima organizacional y la cultura de seguridad desde la comunicación en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015

GRAFICA DE CHI CUADRADO



Determinando la correlación con Rho de Spearman:

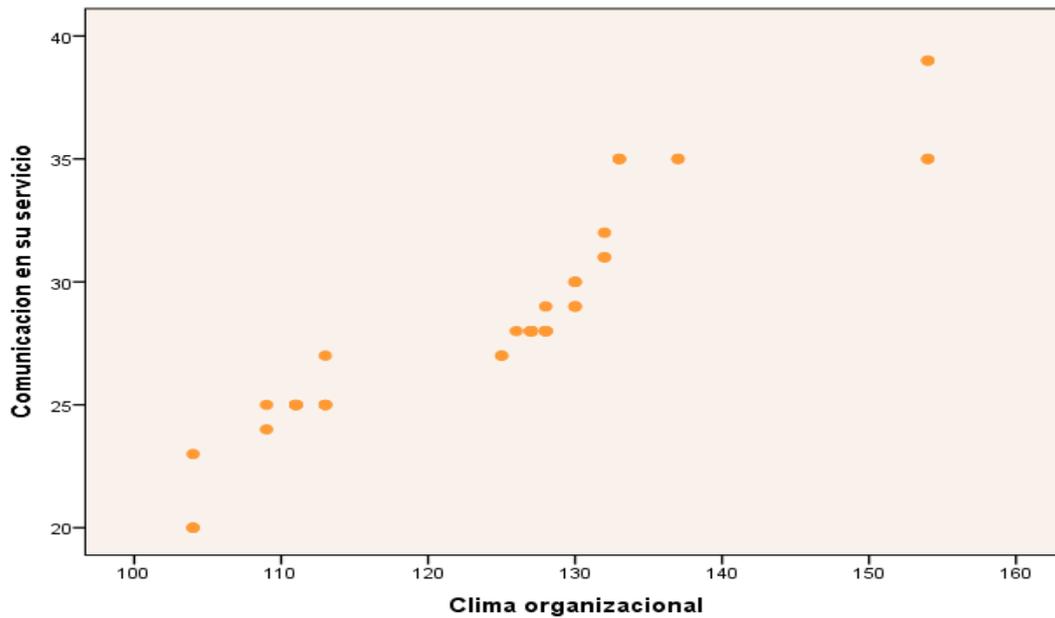
A una confiabilidad del 95%, con una significancia de 0.05

Correlaciones			
		Clima organizacional	Comunicacion en su servicio
Rho de Spearman	Clima organizacional	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	0,982**
		N	50
	Comunicacion en su servicio	Coeficiente de correlación	0,982**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	50

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

De los resultados anteriores comprobamos que, entre el clima organizacional y la cultura de seguridad en lo referente a la comunicación, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.982; es decir a mayor clima organizacional mejor será la comunicación en su servicio de cultura de seguridad. Así mismo comprobamos que existe una relación de 98.4% entre ambas variables.

Al obtener un valor de significancia de $p=0.000$ y es menor de 0.05; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna, demostrando que si existe relación directa y significativa entre Clima organizacional y la cultura de seguridad desde la comunicación en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015.



CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 CONTRASTACIÓN DE LOS RESULTADOS

- 5.1.1. La pregunta que orientó a la formulación de la hipótesis general ha sido ¿Qué relación existe entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015? Y se *llegó a la conclusión que:* Rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna; Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($11.392 > 5.99$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.986; es decir a mayor clima organizacional mejor cultura de seguridad. Así mismo comprobamos que existe una relación de 98.6% entre ambas variables, tal como dijera en su estudio: **Alvarado C. (2014) “RELACIÓN ENTRE CLIMA ORGANIZACIONAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO MÉDICO NAVAL” Lima- Perú.**

Conclusiones:

1. El análisis correlacional entre el Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del Paciente, indican que existen correlaciones significativas entre los totales de estas variables.
2. El Análisis de correlación entre las dimensiones del Clima Organizacional y las dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente, indican que existen correlaciones significativas y positivas.

- 5.1.2. A la pregunta específica N°1. **¿Cómo se relaciona el Clima organizacional y la cultura de seguridad a Nivel de su Unidad/Servicio en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015? Y se llegó a la conclusión que:** Rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna: Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($20.541 > 5.99$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna; existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.978; es decir a mayor clima organizacional mejor cultura de seguridad en su servicio. Así mismo comprobamos que existe una relación de 97.8% entre ambas variables. Tal como dijera en su su estudio: **Lopez D., Rios S. (2008) “Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Medellín”**

Conclusiones:

El problema de la seguridad del paciente tiene que ver no solo con factores humanos o institucionales, sino también a voluntades políticas y factores académicos y tecnológicos que están relacionados con la atención de los pacientes.

Los problemas de seguridad del paciente no son inherentes a la práctica médica, lo que se pretende es minimizar y disminuir la ocurrencia de estos, bajo un ambiente de confidencialidad y de confianza entre los responsables del cuidado de los pacientes, vista esta atención desde el punto de vista como grupo y no como individuo, pues las acciones punitivas no son aplicables a los problemas de seguridad, ya que estos se originan en falencias organizacionales y no en ambientes individuales.

- 5.1.3 A la pregunta específica N°2. **¿Cómo se relaciona el Clima organizacional y la cultura de seguridad a nivel del Hospital en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015? Y se llegó a la conclusión que:** Rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna: Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($21.199 > 5.99$), entonces rechazamos la

nula y aceptamos la hipótesis alterna. Existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.984; es decir a mayor clima organizacional mejor cultura de seguridad a nivel del hospital. Así mismo comprobamos que existe una relación de 98.4% entre ambas variables.

- 5.1.4 A la pregunta específica N°3. **¿Cómo se relaciona el clima Organizacional y la cultura de seguridad desde la comunicación en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015? Y se llegó a la conclusión que:** Rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna: Como el valor del X^2_c es mayor al X^2_t ($31.137 > 9.49$), entonces rechazamos la nula y aceptamos la hipótesis alterna. Existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.982; es decir a mayor clima organizacional mejor será la comunicación en su servicio de cultura de seguridad. Así mismo comprobamos que existe una relación de 98.4% entre ambas variables.

5.2 APOORTE CIENTIFICO DE LA INVESTIGACION

Este estudio científico es de mucho valor científico por cuanto a través del mismo se pretende despertar la reflexión en la Administración de la organización, sobre las condiciones laborales en las que se desenvuelve el personal asistencial, considerando que el clima organizacional es un factor determinante en la eficacia administrativa.

Por otra parte, la cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de efectos adversos y poder aprender de los errores de forma proactiva para diseñar los procesos de manera que el error no se vuelva a presentar y así poder brindar una atención más segura.

CONCLUSIONES

Se ha llegado a las siguientes conclusiones:

Existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.986; es decir a mayor clima organizacional mejor cultura de seguridad. Así mismo comprobamos que existe una relación de 98.6% entre ambas variables.

De los resultados anteriores comprobamos que, entre el clima organizacional y la seguridad de la cultura de seguridad, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.978; es decir a mayor clima organizacional mejor servicio de cultura de seguridad. Así mismo comprobamos que existe una relación de 97.8% entre ambas variables.

De los resultados anteriores comprobamos que, entre el clima organizacional y cultura de seguridad, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.984; es decir a mayor clima organizacional mejor servicio del hospital de cultura de seguridad. Así mismo comprobamos que existe una relación de 98.4% entre ambas variables.

De los resultados anteriores comprobamos que, entre el clima organizacional y la comunicación en su servicio de la cultura de seguridad, existe una relación directa y significativa al obtener un valor de 0.982; es decir a mayor clima organizacional mejor la comunicación en su servicio de cultura de seguridad. Así mismo comprobamos que existe una relación de 98.4% entre ambas variables.

SUGERENCIAS

A los directivos del Hospital promover los estudios de investigación incidiendo en estos temas de mejora continua para los diferentes servicios que brinda el Hospital

A los Directivos de otros hospitales, desarrollar mayores investigaciones sobre el tema propuesto con el propósito de contar con mayores evidencias que nos permitan conocer cuál es la situación real de la Cultura de Seguridad de los pacientes y del Clima organizacional.

A la jefatura de enfermería brindar confianza al personal de enfermería para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición, propiciándose la crítica constructiva a favor del paciente y del mismo modo permita lograr la acreditación hospitalaria y alcanzar la ventaja competitiva en la satisfacción del usuario externo e interno de la organización.

Al Personal de Salud, realizar réplica del estudio de tal forma que permita establecer comparaciones entre diferentes Servicios del Hospital.

A todo el Personal que labora en el Hospital, Personal asistencial, administrativo, de seguridad y Mantenimiento que participen de actividades de capacitación sobre el tema de cultura de seguridad del paciente y se considere como un trabajo en equipo y no individual.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. OMS Alianza Mundial para la seguridad del Paciente 2008. Disponible en:
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
2. Briceño T., Suarez M. “Implementar un modelo de cultura justa de seguridad del paciente en el servicio de medicina Interna del hospital Universitario de Santander Hus” Mayo 2011.
3. Prado M., Rizo A. “Seguridad del Paciente un Compromiso Institucional para un Atención más Segura”
4. Resolución Ministerial N°308 – 2010/MINSA, de 20 de Abril del 2010.
5. Alvarado C. (2014) “Relación entre clima organizacional y cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Salud del Centro Médico Naval” Lima- Perú. 2014.
6. Fajardo G., Rodríguez J. Cultura de seguridad del paciente en profesionales de la salud 2010.
7. López D., Ríos S. “Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención, Medellín” 2008
8. Gómez O., Arenas W. “Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia” 2011.
9. Torres L. “Gestión de Seguridad del Paciente: Participación de Enfermería” Julio 2011.
10. Škodová M., Velasco M., Fernández M. “Opinión de los Profesionales Sanitarios sobre Seguridad del Paciente en un Hospital de Primer Nivel”. España 2011.
11. Castañeda H., Garza R, Gonzales J. “Percepción de la Cultura de la Seguridad de los Pacientes por Personal de Enfermería” México. 2011.
12. Varela S. “Seguridad del Paciente en el Servicio de Urgencias del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol. Estado actual de la Cultura de Seguridad del personal de Enfermería” Junio 2013.

13. Garrido E., Paredes L. “Cultura del Cuidado Seguro en el Personal de Enfermería en tres IPS, Cartagena” 2013.
14. Solar L. (Mayo 2014) “Seguridad del paciente en los Cuidados de Enfermería”
15. Bustamante-Ubilla, M., Hernández, P. y Yáñez, L. “Análisis del clima organizacional en el hospital regional de Talca”. 2009.
16. Oré M. “Representaciones Sociales de las Enfermeras sobre la Cultura de Seguridad en el Cuidado del Paciente” Lima- Perú. 2010.
17. Del Rio J., Munares A. Ica. “Clima organizacional en trabajadores de un hospital general de Ica, Perú”. 2013.
18. García. M, Ibarra L. Diagnóstico de Clima Organizacional del Departamento de Educación de la Universidad de Guanajuato. México
19. MINSA. Documento Técnico: Metodología para el Estudio del Clima Organizacional RM N° 623-2008/MINSA.
20. Elgegren U. Fortalecimiento del Clima Organizacional en Establecimientos de Salud Julio 2015.
21. Goncalvez, A. Artículo de Internet “Dimensiones del Clima Organizacional”. Sociedad Latino Americana para la calidad (SLC), Internet, Diciembre 1997.
22. Ministerio de Salud Pública: Norma técnica de seguridad del paciente. Cuenca –Ecuador. 2015.
23. Garcia M. La Alianza Mundial para la Seguridad del paciente España.
24. Paul A. Gluck, MD “Seguridad del paciente “Ciertos avances y Numerosos Retos. 2012
25. Ministerio de la Protección Social. La Seguridad del Paciente y la Atención segura. República de Colombia. 2009. Versión 1.0
26. Sánchez MP, Moreno F, Actitudes y comportamientos sobre seguridad del paciente en una unidad de quirófano. NURE Inv [Internet]. Sep. Oct 2013.
27. Ministerio de Sanidad y política Social: Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español. 2009
28. OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Reto mundial en pro de la Seguridad del paciente 2005 – 2006

29. OMS. Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente. La Cirugía Segura Salva Vidas 2008
30. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020
31. Guía Técnica de Implementación de la Lista de Verificación de la Seguridad de la Cirugía R. M. – N° 1021- 2010/MINSA.
32. Douglas C. Metas Internacionales de Seguridad del Paciente. Colombia.
33. Organización Mundial de la Salud 10 Datos sobre Seguridad del Paciente. http://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/index.html
34. Benavides Y., Quiñonez K. Percepción del Personal de Enfermería Sobre Cultura de Seguridad del Paciente en el “Hospital Delfina Torres de Concha” – Provincia de Esmeraldas Ecuador. 2013-2014.
35. Ministerio de Protección Social. Promoción de la Cultura de seguridad del paciente. República de Colombia.
36. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
37. Soria E. Cultura de la Seguridad del paciente en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Córdoba. 2012
38. GIRALDO P., Montoya M. Evaluación de la Cultura de Seguridad del Paciente en un Hospital de Antioquia Colombia, 2013
39. Castillo D., Tello T., Rosero Y. Cultura de la Seguridad del Paciente del Personal Asistencial en una IPS de Baja Complejidad Yumbo de Valle 2014.
40. García G. Seguridad clínica del Paciente Quirúrgico. Universidad de Cantabria. Febrero 2013.

Anexos

ANEXO Nº 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN ESCUELA DE POST GRADO

TÍTULO DEL ESTUDIO: Clima organizacional y Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II “Luis Negreiros Vega” – Es Salud 2015

I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, en pleno uso de mis facultades mentales declaro estar de acuerdo con mi participación en la investigación “Clima organizacional y Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II “Luis Negreiros Vega” – Es Salud 2015- 2016 ”, realizada por la Lic. Enf. Nancy Violeta Cieza Coronel.;

La presente investigación tiene por objetivo determinar la relación que existe entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de Centro Quirúrgico del Hospital II Luis Negreiros Vega Es-Salud 2015

Después de haber sido informada(o) doy mi consentimiento para realizar el cuestionario, asumiendo que las informaciones dadas serán solamente de conocimiento de las investigadoras y de su asesora, quienes garantizarán el secreto y respeto a mi privacidad.

Voluntariamente presto mi conformidad para participar en esta investigación.

FIRMA

DNI.....

ANEXO Nº 2

INSTRUMENTO

CLIMA ORGANIZACIONAL

Datos Generales

Edad.....Sexo.....

Estado Civil: Soltero..... Casado..... Conviviente.....

Condición laboral: Nombrado..... Contratado.....

Años de servicios.....

El presente cuestionario contiene una serie de frases relativamente cortas que permite hacer una descripción de cómo se siente en su trabajo. 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.

Debe responder marcando con un aspa (X) según corresponda, según la siguiente escala:

1. Muy de acuerdo

2. De acuerdo

3. En desacuerdo

4. En muy en Desacuerdo

CLIMA ORGANIZACIONAL		RESPUESTAS TOTAL			
DIMENSIONES	INDICADORES	(MA)	(A)	(D)	(MD)
	1 En esta organización las tareas están claramente definidas				

Estructura	2 En esta organización-las tareas están lógicamente estructuradas				
	3 En esta organización se tiene claro quién manda y toma las decisiones				
	4 Conozco claramente las políticas de esta organización				
	5 Conozco claramente la estructura organizativa de esta organización				
	6 En esta organización no existen muchos papeleos para hacer las cosas				
	7 El exceso de reglas, detalles administrativos y trámites impiden que las nuevas ideas sean evaluadas (tomadas en cuenta).				
	8 Aquí la productividad se ve afectada por la falta de organización y planificación				
	9 En esta organización a veces no se tiene claro a quien reportar				
	10 Nuestros jefes muestran interés porque las normas, métodos y procedimientos estén claros y se cumplan				
	Responsabilidad	11 No nos confiamos mucho en juicios individuales en esta organización, casi todo se verifica dos veces			
12 A mi jefe le gusta que haga bien mi trabajo sin estar verificándolo con él					
13 Mis superiores solo trazan planes generales de lo que debo hacer, del resto yo soy responsable por el trabajo realizado					
14 En esta organización salgo adelante cuando tomo la iniciativa y trato de hacer las cosas por mí mismo.					
15 Nuestra filosofía enfatiza que las personas deben resolver los problemas por sí mismas.					
16 En esta organización cuando alguien comete un error siempre hay una gran cantidad de excusas.					
17 En esta organización uno de los problemas es que los individuos no toman responsabilidades					

CLIMA ORGANIZACIONAL		RESPUESTAS TOTAL			
DIMENSIONES	INDICADORES	(MA)	(A)	(D)	(MD)

Recompensas	18 En esta organización existe un buen sistema de promoción que ayuda a que el mejor ascienda.				
	19 Las recompensas e incentivos que se reciben en esta organización son mejores que las amenazas y críticas.				
	20 Aquí las personas son recompensadas según su desempeño en el trabajo.				
	21 En esta organización hay muchísima crítica				
	22 En esta organización no existe suficiente recompensa y reconocimiento por hacer un buen trabajo.				
	23 Cuando cometo un error me sancionan				
Riesgo	24 La filosofía de esta organización es que a largo plazo progresaremos más si hacemos las cosas lentas pero certeramente				
	25 Esta organización ha tomado riesgos en los momentos oportunos.				
	26 En esta organización tenemos que tomar riesgos grandes ocasionalmente para estar delante de la competencia				
	27 La toma de decisiones en esta organización se hace con demasiada precaución para lograr la máxima efectividad.				
	28 Aquí la organización se arriesga por una buena idea				
Relaciones/calor	29 Entre la gente de esta organización prevalece una atmósfera amistosa				
	30 Esta organización se caracteriza por tener un clima de trabajo agradable y sin tensiones				
	31 Es bastante difícil llegar a conocer a las personas en esta organización				
	32 Las personas en esta organización tienden a ser frías y reservadas entre sí.				
	33 Las relaciones jefe – trabajador tienden a ser agradables				

CLIMA ORGANIZACIONAL		RESPUESTAS TOTAL			
DIMENSIONES	INDICADORES	(MA)	(A)	(D)	(MD)
	34 En esta organización se exige un rendimiento bastante alto.				
	35 La dirección piensa que todo trabajo se puede mejorar				

Estándares de desempeño	36 En esta organización siempre presionan para mejorar continuamente mi rendimiento personal y grupal.				
	37 La dirección piensa que si todas las personas están contentas la productividad marcará bien				
	38 Aquí, es más importante llevarse bien con los demás que tener un buen desempeño.				
	39 Me siento orgulloso de mi desempeño				
Cooperación/apoyo	40 Si me equivoco, las cosas las ven mal mis superiores				
	41 Los jefes hablan acerca de mis aspiraciones dentro de la organización				
	42 Las personas dentro de esta organización no confían verdaderamente una en la otra				
	43 Mi jefe y compañeros me ayudan cuando tengo una labor difícil				
	44 La filosofía de nuestros jefes enfatiza el factor humano, cómo se sienten las personas, etc.				
Conflicto	45 En esta organización se causa buena impresión si uno se mantiene callado para evitar desacuerdos				
	46 La actitud de nuestros jefes es que el conflicto entre unidades y departamentos puede ser bastante saludable.				
	47 Los jefes siempre buscan estimular las discusiones abiertas entre individuos				
	48 Siempre puedo decir lo que pienso aunque no esté de acuerdo con mis jefes				
	49 Lo más importante en la empresa, es tomar decisiones de la forma más fácil y rápida posible.				
Identidad	50 La gente se siente orgullosa de pertenecer a esta organización				
	51 Me siento que soy miembro de un equipo que funciona bien.				
	52 Siento que no hay mucha lealtad por parte del personal				
	53 En esta organización cada cual se preocupa por sus propios intereses.				

ANEXO N° 3
CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD

Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: Versión Española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

DATOS GENERALES

Edad.....Sexo.....

Tiempo 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 como piense o actúe, según la siguiente escala:

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Indiferente
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

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

CULTURA DE SEGURIDAD		RESPUESTAS TOTAL RERE				
DIMENSIONES	INDICADORES	Muy En desacuerdo	En Desacuerdo	indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo

A. SU SERVICIO/UNIDAD	1. El personal se apoya mutuamente.					
	2. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	30	10	40		
	3. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	35	05	40		
	4. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.					
	5. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	35	05	40		
	6. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
	7. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
	8. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
	9. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
	10. No se producen más fallos por casualidad.					
	11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	38	02	40		
	12. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".					
	13. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
	14. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado de prisa.					
	15. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	40	0	40		
	16. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	40	0	40		
	17. En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente",					
	18. Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.					
	19. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
	20. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
	21. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
	22. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente,					
CULTURA DE SEGURIDAD		RESPUESTAS TOTAL RERE				
DIMENSIONES	INDICADORES	Muy En desacuerdo	En Desacuerdo	indiferente	De acuerdo	Muy de acuerdo
	23. La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente					

B. SU HOSPITAL	24. Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	30	10	40		
	25. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	35	05	40		
	26. Hay una buena cooperación entre las unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
	27. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	35	05	40		
	28. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades..					
	29. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
	30. La gerencia o dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
	31. La gerencia/dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.					
	32. Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					
	33. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	38	02	40		
C. COMUNICACIÓN EN SU SERVICIO/UNIDAD		NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	34. Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	40	0	40		
	35. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	40	0	40		
	36. Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio/unidad.					
	37. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
	38. En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
	39. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.					
	40. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente					
	41. Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.					
42. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente.						

**Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: Versión Española del
Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y
Consumo; 2005.**

CUESTIONARIO

Las preguntas del cuestionario original se agrupan en un total de 12 dimensiones, cuyo significado, respetando la terminología de la versión original, se describe en la tabla 1. El análisis de las respuestas tiene sentido tanto para cada ítem en particular como para cada dimensión en su conjunto, según se explica más adelante. En todos los casos se indaga la percepción que sobre cada ítem y dimensión tienen los profesionales que responden. Tanto en su versión original como en la adaptada, se trata de un cuestionario auto administrado, y los ítems y dimensiones para medir la cultura de seguridad son los mismos.

Tabla 1. Dimensiones de la cultura de seguridad y los ítems que incluyen

A. RESULTADOS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD	
1. Frecuencia de eventos notificados.	<ul style="list-style-type: none"> - Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente (Preg. 40). - Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente (Preg. 41). - Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente (Preg. 42).
2. Percepción de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente (Preg. 15). - Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia (Preg. 18). - No se producen más fallos por casualidad (Preg. 10). - En esta unidad hay problemas relacionados con la "Seguridad del paciente" (Preg. 17).
B. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE UNIDAD/SERVICIO	
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad	<ul style="list-style-type: none"> - Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente (Preg. 19). - Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente (Preg. 20). - Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente (Preg. 21). - Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente (Preg. 22).
4. Aprendizaje organizacional/mejora continua	<ul style="list-style-type: none"> - Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Preg. 6). - Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo (Preg. 9). - Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad (Preg. 13).
5. Trabajo en equipo en la - Unidad/Servicio	<ul style="list-style-type: none"> - El personal se apoya mutuamente (Preg. 1) - Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo (Preg. 3). - En esta unidad nos tratamos todos con respeto (Preg. 4). - Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros (Preg. 11)
6. Franqueza en la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad (Preg. 35). - El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores (Preg. 37). - El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que

	se ha hecho de forma incorrecta (Preg. 39).
7. Feed-back y comunicación sobre errores	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo (Preg. 34). - Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio / unidad (Preg. 36). - En mi servicio / unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir (Preg. 38).
8. Respuesta no punitiva a los errores	<ul style="list-style-type: none"> - Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra (Preg. 8). - Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable" (Preg. 12). - Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente (Preg. 16).
9. Dotación de personal	<ul style="list-style-type: none"> - Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo (Preg. 2). - A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora (Preg. 5). - En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiado sustitutos o personal temporal (Preg. 7). - Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa (Preg. 14).
10. Apoyo de la gerencia del hospital - en la seguridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> - La gerencia o la dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente (Preg. 23). - La gerencia o la dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades (Preg. 30). - La gerencia / dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente (Preg. 31).
C. DIMENSIONES DE LA CULTURA DE SEGURIDAD A NIVEL DE TODO EL HOSPITAL	
11. Trabajo en equipo entre unidades	<ul style="list-style-type: none"> - Hay una buena cooperación entre las unidades / servicios que tienen que trabajar conjuntamente (Preg. 26). - Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible (Preg. 32). - Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas (Preg. 24). - Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/Unidades (Preg. 28).
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	<ul style="list-style-type: none"> - La información de los paciente se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad /servicio a otra (Preg. 25). - En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente (Preg. 27). - El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático (Preg. 29). - Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno (Preg. 33).

FUENTE: GOBIERNO DE ESPAÑA. Plan de calidad para el sistema Nacional de salud.

ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la validez del instrumento se utilizó el alpha de cronbach, que se encarga de determinar la media ponderada de las correlaciones entre las variables (o ítems) que forman parte de la encuesta.

Formula:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i,
- S_t^2 es la varianza de la suma de todos los ítems y
- k es el número de preguntas o ítems.

El instrumento está compuesto por 15 ítems, siendo el tamaño de muestra 50 encuestados. El nivel de confiabilidad de la investigación es 95%. Para determinar el nivel de confiabilidad con el alpha de cronbach se utilizó el software estadístico SPSS versión 21.

Resultados:**Resumen del procesamiento de los casos**

casos		
	N	%
Válidos	30	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	30	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,937	15

Discusión:

El valor del alpha de cronbach cuanto más se aproxime a su valor máximo, 1, mayor es la fiabilidad de la escala. Además, en determinados contextos y por tácito convenio, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 (dependiendo de la fuente) son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala. Teniendo así que el valor de alpha de cronbach para nuestro instrumento es 0.937, por lo que concluimos que nuestro instrumento es altamente confiable.

NOTA BIOGRÁFICA

Lic. **CIEZA CORONEL NANCY VIOLETA**, nacida en el Distrito de Tacabamaba, Provincia de Chota, departamento de Cajamarca, en el año 1974, sus estudios de Educación Básica Regular los realizó en la Universidad Nacional de Cajamarca, en la Facultad de Ciencia de la Salud, obteniendo el Título de Licenciada en Enfermería, continuando estudios de maestría en Gerencia en Salud, en la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional del Callao; actualmente cuenta con Título de Especialista en Enfermería en Centro Quirúrgico Especializado, el cual fue otorgado por la Universidad peruana Cayetano Heredia de Lima y se encuentra laborando en EsSalud en la ciudad de Lima.



UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN

Huánuco - Perú

ESCUELA DE POSGRADO

Campus Universitario, Pabellón V Block "A" 2do. Piso - Cayhuayna
Teléfono 514760



DNI N°

DNI N°

ACTA DE DEFENSA DE TESIS DE MAESTRO

En la IIEE N° 1001 "JOSE JIMENEZ BORJA" Jr. Washington 1454. Cercado de Lima, siendo las...1.3... hs., del día jueves 23.MARZO.2017, ante los Jurados de Tesis constituido por los siguientes docentes:

Dr. Reynaldo Marcial OSTOS MIRAVAL	Presidente
Dr. Abner Alfeo FONSECA LIVIAS	Secretario
Dra. Nancy VERAMENDI VILLAVICENCIOS	Vocal

La aspirante al Grado de Maestro en Administración y Gerencia en Salud, Doña, Nancy Violeta CIEZA CORONEL.

Procedió al acto de Defensa:

Con la exposición de la Tesis titulado: "CLIMA ORGANIZACIONAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL II "LUIS NEGREIROS VEGA" – ES SALUD 2015".

Respondiendo las preguntas formuladas por los miembros del Jurado y público asistente.

Concluido el acto de defensa, cada miembro del Jurado procedió a la evaluación de la aspirante a Maestro, teniendo presente los criterios siguientes:

- a) Presentación personal.
- b) Exposición: el problema a resolver, hipótesis, objetivos, resultados, conclusiones, los aportes, contribución a la ciencia y/o solución a un problema social y Recomendaciones.
- c) Grado de convicción y sustento bibliográfico utilizados para las respuestas a las interrogantes del Jurado y público asistente.
- d) Dicción y dominio de escenario.

Así mismo, el Jurado plantea a la tesis las observaciones siguientes:

.....
.....

Obteniendo en consecuencia la Maestría la Nota de..... Dieciséis (16)

Equivalente a Aprobado por lo que se recomienda
(Aprobado o desaprobado)

Los miembros del Jurado, firman el presente ACTA en señal de conformidad, en Lima, siendo las...1.4..... horas del 23 de marzo de 2017.

.....
.....
PRESIDENTE
DNI N° 22420141

.....
SECRETARIO
22412906

.....
VOCAL
22421418

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN DE TESIS ELECTRÓNICAS DE POSGRADO

1. IDENTIFICACIÓN PERSONAL (especificar los datos del autor de la tesis)

Apellidos y Nombres: **CIEZA CORONEL NANCY VIOLETA**

DNI: **27413352**

Correo electrónico: **nancyvcoronel05@hotmail.com**

Teléfonos Casa _____ Celular: **999053123** Oficina _____

2. IDENTIFICACION DE LA TESIS

POSGRADO	
Maestría:	_____
Mención:	ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD

Grado Académico obtenido: **Maestro**

Título de la tesis:

"CLIMA ORGANIZACIONAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL II "LUIS NEGREIROS VEGA" ES-SALUD 2015"

Tipo de acceso que autoriza el autor:

Marcar	Categoría de Acceso	Descripción de Acceso
"X"		
X	PÚBLICO	Es público y accesible el documento a texto completo por cualquier tipo de usuario que consulta el repositorio.
	RESTRINGIDO	Solo permite el acceso al registro del metadato con información básica, mas no al texto completo.

Al elegir la opción "Público" a través de la presente autorizo de manera gratuita al Repositorio Institucional – UNHEVAL, a publicar la versión electrónica de esta tesis en el Portal Web repositorio.unheval.edu.pe, por un plazo indefinido, consintiendo que dicha autorización cualquiera tercero podrá acceder a dichas páginas de manera gratuita, pudiendo revisarla, imprimirla o grabarla, siempre y cuando se respete la autoría y sea citada correctamente.

En caso haya marcado la opción "Restringido", por favor detallar las razones por las que se eligió este tipo de acceso:

Asimismo, pedimos indicar el periodo de tiempo en que la tesis tendría el tipo de acceso restringido:

() 1 año () 2 años () 3 años () 4 años

Luego del periodo señalado por usted(es), automáticamente la tesis pasara a ser de acceso público.

Fecha de firma: **11-02-2020**



Firma del autor