

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE
LA SALUD



**“DISEÑO ORGANIZACIONAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL
PACIENTE EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL
CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO
REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO
EN GERENCIA EN SALUD**

AUTORES: ALICIA HERMELINDA CAÑA HUAMAN

ELENA LIDIA PIMENTEL IBARRA

Callao, 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| • Dra. Mery Juana Abastos Abarca | PRESIDENTE |
| • Dra. Ana María Yamunaqué Morales | SECRETARIO |
| • Dra. Laura Margarita Zela Pacheco | MIEMBRO |
| • Mg. José Luis Salazar Huarote | MIEMBRO |
| • Dr. Cesar Miguel Guevara Llacza | SUPLENTE |

ASESOR: Mg. BRAULIO ESPINOZA FLORES

Nº de Libro : 001

Nº de Folio : 361

Nº de Acta: 026-2022

Fecha de Sustentación: 15 de junio del 2022

DEDICATORIA

A Dios por estar presente en cada paso que hemos dado, guiándonos y fortaleciéndonos con su bendición.

A nuestros padres presentes y a los que partieron al lado de Dios en esta pandemia; ellos nos enseñaron que con perseverancia y fe se logra todos los objetivos que nos proponemos.

A nuestra familia e hijos por brindarnos su apoyo incondicional durante todo este tiempo.

AGRADECIMIENTO

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Callao, plana docente por brindarnos una educación de calidad y humanística durante los 3 ciclos de la maestría.

Al Asesor de nuestra Tesis Dr. Braulio Espinoza Flores por su ayuda, confianza y experiencia en la revisión de nuestro estudio de investigación.

A las profesionales de Enfermería del servicio de Centro Quirúrgico 2B y Áreas Satélites del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins ESSALUD por su tiempo y colaboración en el llenado de las encuestas

ÍNDICE

TABLAS DE CONTENIDO	3
TABLAS DE GRAFICOS DE CONTENIDO	4
RESUMEN	5
RETOMAR.....	6
INTRODUCCION	7
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
1.1 Descripción de la realidad problemática	9
1.2 Formulación del problema.....	13
1.3 Objetivos	13
1.4. Limitantes de la investigación.....	14
II. MARCO TEORICO.....	15
2.1. Antecedentes.....	15
2.2. Bases teóricas	23
2.3. Base conceptual	26
2.4. Definición de términos básicos	36
III. HIPOTESIS Y VARIABLES	37
3.1. Hipótesis.....	37
3.2. Definición conceptual de variables	37
3.2.1. Operacionalización de variables	36
IV. DISEÑO METODOLOGICO	38
4.1. Tipo y diseño de investigación	38
4.2. Método de investigación	38
4.3. Población y muestra.....	39
4.4. Lugar de estudio y periodo de desarrollo	40
4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	40
4.6. Análisis y procesamiento de datos	42
5.1 Resultados descriptivos.	43
5.2. Resultados inferenciales.	53
VI. DISCUSION DE RESULTADOS.....	56
6.1 Contratación de hipótesis con los resultados.....	56
6.2 Contratación de los resultados con otros estudios similares.	60
6.3 Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.	62
VII. CONCLUSIONES.....	63

VIII. RECOMENDACIONES	64
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	65
VIII. ANEXOS.....	72
ANEXO N° 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACION	76
ANEXO N° 2 INSTRUMENTO N°1.....	78
ANEXO N° 3 INSTRUMENTO N°2.....	81
ANEXO N° 4 TABLA POR INDICADORES DE DISEÑO ORGANIZACIONAL	84
ANEXO N° 5 TABLA POR INDICADORES DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	85

TABLAS DE CONTENIDO

Tabla 5.1.1.....	43
Tabla 5.1.2.....	44
TABLA 5.1.3	45
Tabla 5.1.4.....	46
Tabla 5.1.5.....	47
Tabla 5.1.6.....	48
TABLA 5.1.7	49
Tabla 5.1.8.....	50
Tabla 5.1.9.....	51
Tabla 5.1.10.....	52
Tabla 5.2.1.....	53
Tabla 5.2.2.....	54
Tabla 5.2.3.....	55

TABLAS DE GRAFICOS DE CONTENIDO

Gráfico 5.1.1.....	43
Gráfico 5.1.2.....	44
Gráfico 5.1.3.....	45
Gráfico 5.1.4.....	46
Gráfico 5.1.5.....	47
Gráfico 5.1.6.....	48
Gráficos 5.1.7	49
Gráfico 5.1.8.....	50
Gráfico 5.1.9.....	51
Gráfico 5.1.10.....	52

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, año 2022.

Fue de enfoque cuantitativo, aplicada, prospectivo y correlacional. El diseño utilizado fue no experimental de corte transversal y método hipotético-deductivo. La muestra estuvo conformada por 98 enfermeras y los instrumentos utilizados fueron: el cuestionario de Diseño Organizacional diseñado por las investigadoras y el de Cultura de Seguridad del paciente adaptado del cuestionario validado del Hospital Survey on Patient Safety Culture que fue diseñado por la AHRQ, versión en español 2005 , éstos instrumentos fueron sometidos a jueces de expertos para la validez de contenido y de criterio con el alfa de Cronbach obteniéndose valores de 0,877(muy alta) y de 0,603 (alta) respectivamente.

Los resultados obtenidos fueron que las enfermeras del servicio de centro quirúrgico perciben que el diseño organizacional es regular 54.1 % (53), buena 23.5% (23) y mala 22.4% (22); asimismo opinaron que la cultura de seguridad del paciente es neutral 73.5% (72), positiva 14.3% (14), (72) y negativa 12.2% (12).

Las conclusiones del estudio determinaron que existe relación entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería del centro quirúrgico, obteniéndose una significancia de 0.004 y un valor de Rho = 0.292, siendo esta una correlación positiva baja significativa.

Palabras claves: Diseño Organizacional, Cultura de seguridad, Centro Quirúrgico

RETOMAR

O objetivo deste estudo foi estabelecer a relação entre o desenho organizacional e a cultura de segurança do paciente no profissional de Enfermagem que atua no Centro Cirúrgico do Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, no ano de 2022.

Foi de abordagem quantitativa, aplicada, prospectiva e correlacional. O delineamento utilizado foi um delineamento transversal não experimental e um método hipotético-dedutivo. A amostra foi composta por 98 enfermeiros e os instrumentos utilizados foram: o questionário de Desenho Organizacional elaborado pelos pesquisadores e o questionário de Cultura de Segurança do Paciente adaptado do questionário validado "do Hospital Survey on Patient Safety Culture que foi elaborado pela AHRQ, versão em espanhol 2005", esses instrumentos foram submetidos a juízes especialistas para validade de conteúdo e critério com alfa de Cronbach, obtendo valores de 0,877 (muito alto) e 0,603 (alto) respectivamente.

Os resultados obtidos foram que os enfermeiros do serviço de centro cirúrgico percebem que o desenho organizacional é regular 54,1% (53), bom 23,5% (23) e ruim 22,4% (22); Também opinaram que a cultura de segurança do paciente é neutra 73,5% (72), positiva 14,3% (14), (72) e negativa 12,2% (12).

As conclusões do estudo determinaram que existe relação entre o desenho organizacional e a cultura de segurança do paciente no profissional de enfermagem do centro cirúrgico, obtendo uma significância de 0,004 e um valor de $Rho = 0,292$, sendo esta uma correlação positiva baixa significativa.

Palavras-chave: Desenho Organizacional, Cultura de Segurança, Centro Cirúrgico

INTRODUCCION

Con el objetivo de garantizar la seguridad de la atención al paciente, las instituciones de salud han puesto en marcha diversas políticas, programas y procedimientos no obstante, una de las principales recomendaciones es la implementación de una cultura de seguridad del paciente, definida como la suma del conocimiento y las actitudes cotidianas del equipo, que tienden a evitar, disminuir o mitigar el daño potencial evitable durante la atención en salud y que impulsa al personal a hacerse responsable de sus actos a través de un liderazgo proactivo, investigando la ocurrencia de los eventos adversos y tomando las medidas necesarias en casos que lo requieran.

Asimismo, cobra importancia el diseño organizacional de empresas y organizaciones en el sentido de crear una “cultura”, que le permita hacer frente en los diferentes campos que las atañen, tales como: impactos económicos, la globalización, la fuerte competencia, la modernidad y las telecomunicaciones y la rápida atención ante las preguntas de los clientes o usuarios; para estos fines los objetivos corporativos deben ser claros así podrán ser transmitidos a los empleados y colaboradores, buscando como organización un empoderamiento de los mismos y estos mediante el sentido de pertenencia apropiarse de su rol y sentir dicha organización como suya, y así lograr el cumplimiento de las metas corporativas.

En el Perú, precisamente en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins con Resolución de Gerencia General N° 1967-GC-ESSALUD-2019 se aprueba el documento técnico “Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud – ESSALUD 2019-2021”; el cual tiene como objetivo mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del usuario alcanzando estándares de excelencia en atención y seguridad del paciente, a través de la promoción de la mejora continua de la calidad de los servicios asistenciales y administrativos del Seguro Social de Salud - ESSALUD y el trato humanizado en la atención a los asegurados, con

el fin de desarrollar una cultura de calidad orientada a cumplir las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos.

Según la Directiva N° 013-2018-R de la Universidad Nacional del Callao para la elaboración de informe final nuestra tesis se encuentra comprendido en los siguientes capítulos: Capítulo I, planteamiento del problema, Capítulo II, Marco teórico, Capítulo III, Hipótesis, Capítulo IV, Diseño Metodológico, Capítulo V, Resultados, Capítulo VI, Discusión de los resultados, Capítulo VII Conclusiones, Capítulo VIII, Recomendaciones, Capítulo IX Referencias bibliográficas y por ultimo Capítulo X que comprende los anexos .

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene en la actualidad que la seguridad del paciente es una pauta que se establece para mejorar la atención de la salud, resultado de los cambios complejos en los distintos sistemas de salud, trayendo como consecuencia el incremento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. El propósito es para prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la atención. (1)

El panorama mundial de la atención sanitaria está cambiando, y los sistemas de salud operan en entornos cada vez más complejos, nuevos tratamientos, tecnologías y modelos de atención pueden presentar potencial terapéutico, pero también plantear nuevas amenazas para una atención segura; en este sentido se está cobrando conciencia de que la seguridad del paciente es un gran problema mundial de salud pública que va en aumento, según un informe de la OMS. (2).

La incorporación de la conceptualización de multidimensionalidad de la cultura de seguridad del paciente en los diferentes niveles de los sistemas de atención en salud es una premisa imprescindible para prestar a las poblaciones una atención segura y centrada en las personas. “El liderazgo, así como el aprendizaje institucional, factores humanos, trabajo en equipo, comunicación, además de la implicación de pacientes y familiares son aspectos que están relacionados directamente en una cultura de seguridad, es importante apreciar la interconexión entre las personas, los sistemas y las culturas y considerar que deben centrarse en la mejora de los sistemas y el aprendizaje como la mejor estrategia para asegurar la seguridad del paciente”. (2)

Se estima que anualmente se pierden en todo el mundo 64 millones de años de vida ajustados en función de la discapacidad a causa de una atención poco segura. Esto significa que los daños a los pacientes debidos a acontecimientos adversos figuren entre las 10 principales causas mundiales de muerte y discapacidad. (3) Los datos disponibles indican que cada año se producen en hospitales de países de ingresos bajos y medios 134 millones de acontecimientos adversos por atención poco segura, que dan lugar a 2,6 millones de fallecimientos. (4)

Aproximadamente dos terceras partes de la carga mundial de acontecimientos adversos causados por una atención poco segura, y de la pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad, corresponde a países de ingresos bajos y medios. (5) Diferentes prácticas médicas y riesgos relacionados con la atención sanitaria se están constituyendo en problemas importantes para la seguridad del paciente como son los procedimientos quirúrgicos poco seguros que provocan complicaciones en casi el 25% de los pacientes sometidos a intervenciones con hospitalización; anualmente, cerca de siete millones de pacientes quirúrgicos han padecido complicaciones significativas, de este grupo un millón fallece durante la intervención o inmediatamente después de ella. (6)

En un estudio realizado en hospitales de la Unión Europea (UE) encontraron que los eventos adversos dan como resultado del 8% al 12% de las hospitalizaciones (7) y que reducir el impacto de los eventos adversos en los hospitales europeos requiere estrategias organizacionales con abordaje multidisciplinario en el que las enfermeras tengan un papel importante. (8) Los sistemas de salud mal organizados con un liderazgo inadecuado limitan el desarrollo de culturas de seguridad sólidas capaces de prevenir eventos adversos consecuentes. (9)

En América Latina, el estudio denominado IBEAS (Iberoamerican study of adverse events), coordinado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud, y realizado en 2007 en hospitales de la Argentina, Colombia, Costa Rica, Perú y México, encontró una tasa promedio de eventos adverso EA) de alrededor del 10 %. Los más frecuentes eran la infección nosocomial (37%), los relacionados con procedimientos (28,7 %) y cuidados (15,19%), sin considerar flebitis y en tercer lugar, los errores de medicación. Además, encontraron que más del 28 % de los eventos adversos habían desencadenado alguna discapacidad y el 6 %, la muerte. (10)

En el Perú, Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA aprueba el Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud” el cual tiene como objetivo establecer las directrices que orienten el desarrollo de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de la atención de salud en el Sistema de Salud del Perú (11); asimismo con Resolución de Gerencia General N° 1967-GC-ESSALUD-2019 aprueban el documento técnico “Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud – ESSALUD 2019-2021”; el cual tiene como objetivo mejorar la calidad de las prestaciones y satisfacción del usuario alcanzando estándares de excelencia en atención y seguridad del paciente, a través de la promoción de la mejora continua de la calidad de los servicios asistenciales y administrativos del Seguro Social de Salud - ESSALUD y el trato humanizado en la atención a los asegurados, con el fin de desarrollar una cultura de calidad orientada a cumplir las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos, y que en uno de sus objetivos específicos se refiere a fortalecer la Gestión del Riesgo en salud promoviendo una cultura de calidad y seguridad del paciente a través de la estandarización y adherencia prácticas seguras de atención. (12)

Los indicadores de Gestión de la Calidad obtenidos en el 2019 en la Red Desconcentrada Rebagliati evidencian problemas de salud relacionados

con la ocurrencia de eventos adversos como son: porcentaje de caídas de pacientes hospitalizados (0.2%), porcentaje de pacientes hospitalizados con úlceras de presión adquiridas en la IPRESS (1.0%) y el porcentaje de IPRESS que cuentan con Sistema de Registro Y Notificación de eventos adversos (23.5%). (12)

Para poder minimizar los riesgos en seguridad del paciente es necesario no solo conocerlos, en el amplio sentido de la palabra, sino también, concienciarse de su trascendencia y disponer de las herramientas necesarias para evitarlas, incorporando realmente el concepto de cultura de seguridad del paciente en cada actividad asistencial que realizamos día a día en los centros quirúrgicos.

En el Centro Quirúrgico del 2B y Áreas Satélites del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se realiza la programación quirúrgica de aproximadamente de 70 cirugías diarias a consecuencia de la pandemia COVID19, siendo un gran porcentaje cirugías de alta y de mayor complejidad, lo que conlleva a la ejecución un número mayor de procedimientos médicos y de enfermería; siendo ésta última de poca experiencia con escasa capacitación en las diferentes especialidades debido al aislamiento del personal experimentado, lo que ha conllevado actualmente a la incidencias relacionados con la seguridad del paciente y en algunas ocasiones eventos adversos. Analizando los factores que han conllevado a la ocurrencia de estos eventos vemos la falta de actualización de manuales de procedimientos, capacitación oportuna del personal nuevo en técnicas quirúrgicas y una inadecuada cultura de seguridad del paciente en todo el personal, lo que nos lleva a formular el siguiente problema de investigación:

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Qué relación existe entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en el año 2022 ?

1.2.2 Problemas específicos

¿Qué relación existe entre la dimensión estructural del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería ?

¿Qué relación existe entre la dimensión contextual del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería ?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Establecer la relación que existe entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, en el año 2022 .

1.3.2 Objetivos específicos

Determinar la relación que existe entre la dimensión estructural del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería .

Determinar la relación que existe entre la dimensión contextual del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería .

1.4. Limitantes de la investigación

Limitación teórica

El acceso a los artículos de investigación en referencia a la variable de Diseño Organizacional en salud fue insuficiente, se encontraron estudios que relacionan la variable en aspectos de Clima y Cultura Organizacional o estudios de orden empresarial. A comparación de la variable de Cultura de Seguridad los estudios encontrados fueron suficientes.

Limitación temporal

Se consideró como limitante el tiempo para la aplicación de los cuestionarios, ya que por el contexto de la pandemia no hubo contacto directo durante el primer trimestre del año 2022 y se tuvo que depender de la buena disposición y participación voluntaria de los profesionales de enfermería para responder de forma virtual durante el tiempo del recojo de la información habiéndose elaborado el proyecto en el mes de agosto del 2021 y ejecutado durante los meses de febrero y marzo del 2022.

.

Limitación espacial

Los cuestionarios han sido aplicados al profesional de enfermería del centro quirúrgico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins pero por vía Google forms teniéndose como una limitante el riesgo del envío de algunos cuestionarios.

II. MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales

Salazar Á y Restrepo D. (Colombia, 2020), en su estudio sobre “**Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia**”. Su **objetivo** fue identificar la cultura de seguridad en seis centros quirúrgicos de Antioquia a través de las dimensiones descritas por su instrumento.

La **metodología** utilizada fue una investigación multicéntrica, transversal y descriptivo realizado en instituciones de diferentes niveles de complejidad del departamento de Antioquia; de noviembre de 2016 a noviembre de 2018 . Aplicaron el instrumento “Hospital Survey on Patient Safety Culture propuesto por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a 514 trabajadores del área de la salud. Los **resultados** obtenidos en la escala de 0 a 10, el promedio del clima de seguridad en los servicios de cirugía fue de 8, donde el 62% tuvo una percepción de la cultura de la seguridad positiva” . Las de mayor puntuación fueron, el aprendizaje organizacional/mejora continua con el 82,94% de los trabajadores; en el trabajo en equipo en el servicio con el 82,94%. Las de menor puntuación fueron la respuesta no punitiva a errores con el 46,25%; y franqueza en comunicación con el 45,38%. Dentro de sus **conclusiones** hallaron fortalezas y debilidades en la cultura de seguridad de los pacientes; las fortalezas fueron: el Aprendizaje organizacional/mejora continua y el Trabajo en equipo en el campo de estudio. (13)

Mella, M y et al (España 2018), realizaron el trabajo de investigación titulado “**Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario**”. Tuvo como **objetivo** determinar la percepción de seguridad que tienen los/las profesionales sanitarios/as y no sanitarios/as en un hospital universitario; describir el clima de seguridad con sus fortalezas y debilidades; y evaluar las dimensiones valoradas negativamente y establecer áreas de mejoras. La **metodología** empleada

fue un estudio transversal y descriptivo realizado en el Hospital Universitario San Juan de Alicante donde valoraron el nivel de cultura de seguridad, utilizando como instrumento de medición la Encuesta hospitalaria sobre cultura de seguridad del paciente de la Agency for Healthcare Research and Quality traducida al español. Encontrándose como **resultados** que el 35,36% obtuvieron un nivel de cultura de seguridad; siendo el profesional médico con mayor porcentaje (32,3) y el servicio más afectado es el de urgencias con el 9%. El 50% de los/las trabajadores/as calificó el clima de seguridad entre 6 y 8 puntos. El 82,8% no notificaron ningún evento adverso en el último año. Los profesionales con mayor cultura de seguridad fueron los farmacéuticos, y los que tuvieron peor cultura, los celadores. Hubo dos dimensiones que se comportaron como una debilidad: la de dotación de personal y la de apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente. Las **conclusiones** que obtuvieron fue que la percepción sobre seguridad del paciente es buena, aunque mejorable. No identificaron fortalezas. Las debilidades encontradas son dotación de personal, apoyo de la gerencia a la seguridad del paciente, cambios de turno y transición entre servicios, y percepción de seguridad. (14)

Merino Plaza MJ y et al. (España, 2017), en su trabajo de investigación “Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente”, tuvo como **objetivo** evaluar la relación existente entre la cultura de seguridad y la satisfacción laboral en un hospital de media-larga estancia. La **metodología** utilizada fue un estudio transversal realizado en 2015, utilizando la “Encuesta de Satisfacción Laboral del Servicio Vasco de Salud y la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety (Agency for Healthcare Research and Quality)”. Obtuvieron como **resultados** que la satisfacción laboral media fue de 7,21 y la seguridad percibida fue de 7,48. Dentro de sus **conclusiones** hallaron que existe relación entre la satisfacción laboral y la cultura de

seguridad, y cuantifican el grado de asociación entre las variables estudiadas. (15)

Pinheiro, M y et al. (Brasil, 2017), investigación titulada “**Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital Universitario**”, Tuvo como **objetivo** conocer la evaluación de los profesionales de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente en la organización hospitalaria. La **metodología** utilizada fue un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo, cuya recolección de datos ocurrió entre septiembre y noviembre de 2014. La muestra del estudio estuvo compuesta por 203 enfermeras que respondieron al cuestionario traducido al portugués del Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)), compuesto por 12 Dimensiones para la evaluación de la cultura de seguridad, cuyo grado de acuerdo se mide por medio de una escala Likert, las respuestas van desde "muy de acuerdo" a "totalmente en desacuerdo". En este manuscrito, nos informan las 03 dimensiones de la cultura de seguridad en el nivel de organización hospitalaria. Hallaron como **conclusiones** que los datos indicaron la necesidad de la participación y acciones concretas por el gerente y los líderes de la organización, para fomentar y priorizar los temas de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del estudio. (16)

Toso GL y et al. (Brasil, 2017), en su estudio de investigación titulado “**Evaluación de la cultura seguridad del paciente en las instituciones hospitalarias en perspectiva de enfermería**”. Tuvo como **objetivo** evaluar el clima de seguridad del paciente desde la perspectiva de las enfermeras que trabajan en hospitales en el interior del Estado de Rio Grande do Sul. La **metodología** utilizada fue un estudio transversal, con una muestra de 637 profesionales de enfermería de dos hospitales, en las cuales aplicaron el Cuestionario de Actitud de Seguridad, Safety Atitudes Questionnaire, en el segundo semestre de 2014. El punto de corte para la evaluación positiva fue ≥ 75 puntos. Encontraron como **resultados** que las

calificaciones de dominios de la evaluación de conjunto fueron: 76 (clima de trabajo en equipo), 73 (clima de seguridad), 88 (satisfacción en el trabajo), 59 (estrés percibido), 66 (percepción de la gestión de la unidad), 65 (percepción gestión hospitalaria) y 80 (condiciones de trabajo). Al comparar los promedios entre las instituciones fue evidente mejores condiciones de trabajo en la institución privada. Las **conclusiones** que obtuvieron determinan que los resultados pueden servir para la planificación y organización de acciones, de seguridad, gestión y percepción de estrés. (17)

Santos da Silva y et al (Brasil, 2016), en su estudio “**Gestión Hospitalaria y la Cultura de Seguridad del Paciente en la Percepción de Equipo de Enfermería**”. El **objetivo** fue evaluar la percepción del personal de enfermería en un hospital de enseñanza sobre la cultura de seguridad del paciente con respecto a la gestión hospitalaria. La **metodología** empleada fue el cuantitativo y la muestra estuvo compuesto por 301 profesionales de enfermería. El instrumento de recolección de datos fue el cuestionario de la Agencia de Investigación y Calidad de la Salud, en titulado Encuesta Hospitalaria sobre la Cultura de Seguridad de Pacientes traducido al portugués, y adaptado de la versión original en inglés. Los análisis comprenden la estadística descriptiva y pruebas específicas. Los **resultados** referentes a la dimensión “Apoyo de la gestión hospitalaria para la seguridad del paciente” indicaron que el 53,6% de los participantes no estaba de acuerdo con que la administración brindara un clima laboral favorable a la seguridad del paciente, el 46% no estaba de acuerdo con que la seguridad del paciente fuera una prioridad de la administración y el 58,3% estaba de acuerdo que la administración sólo estaba interesada en la seguridad después de la ocurrencia de eventos adversos. Las **conclusiones** determinaron que no es solo una parte de la organización la responsable de la cultura de seguridad, por lo que existe la necesidad de involucrar a la dirección y a todos los trabajadores en la creación, implementación y fortalecimiento de

sentimientos, valores, comportamientos, actitudes y acciones que fomentará esa cultura. (18)

Gomez D y et al (México, 2016) en su artículo “**Diseño de una intervención gerencial para la mejora organizacional en centros de salud de primer nivel de atención**”. Tuvo como **objetivo** diseñar y evaluar una intervención gerencial para mejorar la organización y el quehacer o servicio de un centro de salud de primer nivel. La **metodología** empleada fue un estudio cuasi experimental, con métodos cuali/cuantitativo, dividido en 3 fases: diagnóstica, diseño de intervención e implementación y evaluación del diseño. Hallaron como **conclusiones** que las intervenciones gerenciales son una herramienta útil en el diseño organizacional, ya que contribuyen a mejorar aspectos estratégicos de funcionamiento de las organizaciones de salud, como son los centros de primer nivel de atención, repercutiendo de forma indirecta, en la calidad de la atención que se brinda a la población. (19)

Antecedentes Nacionales

Chacón J (Lima, 2020) en su estudio de investigación “**Diseño organizacional y gestión de recursos humanos de un Hospital Municipal de la ciudad de Lima**”. El **objetivo** fue determinar la relación que existe entre el diseño organizacional y la gestión de recursos humanos en el Hospital Municipal Los Olivos. La **metodología** utilizada fue una investigación de diseño no experimental, corte transversal, descriptivo-correlacional, enfoque cuantitativo, con una muestra de 45 participantes y utilizó un cuestionario con escala de Likert. Encontró como **resultado** que los trabajadores del establecimiento de salud en estudio perciben que el Diseño Organizacional es Regular con el 60% (27) asimismo el 40% (18) percibe que el diseño es Bueno. (20). La **conclusión** encontrada es que existe relación positiva moderada de 0,629 puntos entre las variables diseño organizacional y gestión de recursos humanos.

Nuñez, I (Chiclayo, 2020) en su estudio “**Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes**”. El **objetivo** fue determinar la cultura de seguridad del paciente e identificar fortalezas y oportunidades de mejora en los resultados de Cultura Seguridad, cultura de seguridad a nivel de la unidad/servicio y hospitalario. La **metodología** que utilizó fue la encuesta “Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente de la Agency for Healthcare Research and Quality”, la muestra estuvo conformada por 121 participantes. Los **resultados** obtenidos fueron que la Cultura de seguridad del paciente fue considerada debilidad (44.31%), en Dimensión Resultados de cultura de seguridad del paciente se identificaron como oportunidad de mejora: frecuencia de eventos adversos (51.24%) como debilidad: percepción global (33.47%)”. En la dimensión cultura de seguridad a nivel de unidad/servicio identificaron como oportunidad de mejora: trabajo en equipo (68.80%), aprendizaje organizacional/mejora continua (61.43%), expectativas y acciones de dirección/supervisión de unidades/servicio (53.31%), y feedback y comunicación sobre errores (51.79%) como debilidad: respuestas no punitivas a errores (40.77%), comunicación franca (39.12%), apoyo de la gerencia (34.44%) y dotación del personal (29.96%) . En dimensión cultura de seguridad a nivel hospitalario identificaron como debilidad: trabajo en equipo entre unidades (36.57%) problemas de cambio de turno y transiciones entre servicios y unidades (34.09%). La **conclusión** encontrada respecto a la Cultura de seguridad del paciente que es de debilidad con el 44.31% en las enfermeras entrevistadas; requiere reflexionar acerca la necesidad de ajustes en las estrategias de gestión y acciones para mejorar el grado de seguridad del paciente en el hospital (21)

Ramos, L (Huaraz, 2020) en su trabajo: “**Diseño Organizacional y Desarrollo Potencial Humano del Personal Microred Monterrey**”. Tuvo como **objetivo** determinar si el diseño organizacional se relaciona con el

desarrollo del potencial humano del personal. La metodología empleada fue un estudio de tipo Correlacional, diseño no experimental y transversal. La muestra estuvo conformada por 116 participantes; utilizó el cuestionario tipo escala de Likert. En los **resultados** encontró que el 49,1% de los participantes tienen una percepción Regular del diseño organizacional.” La **conclusión** encontrada es que existe relación significativa entre el diseño organizacional y el desarrollo del potencial humano (22)

León Lavado L. y Mejía Ccaucuri F (Callao, 2019), en su trabajo de investigación sobre “**Clima organizacional y la Cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren**”. Tuvo como **objetivo** principal determinar la relación entre el Clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de emergencia. La **metodología** que emplearon fue un estudio fue descriptivo, cuantitativo de corte transversal, que tuvo como muestra representativa de 63 participantes del servicio en estudio, aplicaron el cuestionario del Ministerio de Salud del 2011 sobre clima organizacional y el cuestionario de seguridad del paciente del Hospital Survey on Patient Safety Culture’, diseñado por la AHRQ, versión en español 2005. Las **conclusiones** que hallaron determinan que existe relación significativa entre el Clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de emergencia de dicho hospital; siendo esta una correlación positiva moderada ($r = 0.341$) según Rho de Spearman. Asimismo, establecieron la relación entre la dimensión potencial humano, diseño organizacional y cultura de la organización y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería, obteniendo una correlación positiva moderada ($r= 0.391$), ($r=0.380$) ($r= 0.274$) respectivamente. (23)

Damas K. (Lima, 2019) en su estudio “**Cultura de Seguridad del paciente y Cultura Organizacional en el personal de enfermería de un hospital**”. El **objetivo** fue determinar la relación entre cultura de seguridad del paciente y la cultura organizacional en el personal de enfermería del hospital San Bartolomé” La **metodología** utilizada fue un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo aplicativo, diseño no experimental y de nivel correlacional, de corte transversal. Con una muestra de 100 enfermeras, para la recolección de datos aplicó dos instrumentos para cada variable . En los **resultados** se encontró que el 75% fueron en condición laboral de nombrados y el 38% fue del área de hospitalización. La **conclusión** que encontró fue de relación significativa entre cultura de seguridad del paciente y la cultura organizacional. (24)

Pastor N. et al. (Ica, 2017), en su estudio de investigación “**Cultura de seguridad del paciente de las enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ica**”. Tuvo como **objetivo** determinar las competencias en cultura de seguridad del paciente de las enfermeras asistenciales del hospital Regional de Ica. La **metodología** que emplearon fue un estudio de diseño observacional, descriptivo, aplicada y cuantitativa. La muestra fue constituida por 102 enfermeras, utilizaron el cuestionario para enfermeras hospitalarias sobre seguridad de los pacientes (CEHSP). Los **resultados** de las dimensiones estudiadas fueron: en aprendizaje organizacional / mejora continua 52,0%, trabajo en equipo 52,0%, apoyo de la gerencia del hospital 38,2%, Eventos notificados 44,1%, Percepción de seguridad 12,7%, Dotación de personal 7,8%, Expectativas y acciones que favorecen a la seguridad 20,6%, Feedback y comunicación sobre errores 47,1%, Franqueza en la comunicación 21,6%, Respuesta no punitiva a los errores 12,7%, Problemas en cambio de turno y transiciones 13,7%, Trabajo en equipo entre unidades 5,9%. Las **conclusiones** que hallaron determinan que las debilidades más destacadas son: trabajo en equipo entre unidades, seguida de la falta de dotación de personal, la respuesta no punitiva ante los errores acompañados de la dimensión

percepción de seguridad, la cual evidencia la cultura de seguridad hospitalaria en dicha institución. (25)

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Bases epistemológicas de la Teoría Organizacional

El uso de las diferentes posturas existentes dentro de la filosofía de la ciencia, en la construcción de la Teoría Organizacional (TO) responde, en particular, a dos razones: en primer lugar, a la necesidad apremiante de académicos e investigadores de dar validez científica a las explicaciones o conclusiones que resultan de su trabajo; en segundo lugar, a la necesidad de plantear preguntas básicas para el campo desde aproximaciones que puedan dar cuenta de las verdaderas problemáticas existentes alrededor del fenómeno organizacional. Lo primero, el deseo de legitimación, condujo al uso particular de ciertos postulados y corrientes epistemológicas; lo segundo, al estudio de la organización desde múltiples puntos de vista, lo que puso en evidencia que se estaba ante la construcción de una disciplina verdaderamente compleja.

En este marco es necesario realizar un acercamiento, en particular, a tres corrientes epistemológicas destacadas: el positivismo, el interpretativismo, la teoría crítica y el postmodernismo. Se busca con esto esclarecer la manera como estas diferentes concepciones de la filosofía de la ciencia han contribuido a que la TO avance en su propósito de convertirse de algún modo en una explicación, con validez científica, del fenómeno organizacional. (26)

2.2.2 Bases teóricas de Diseño Organizacional

La Teoría de la Burocracia de Weber

El sociólogo alemán Max Weber ha sido el principal exponente de esta teoría, definiendo el concepto de Burocracia referido a características del diseño organizacional. Consideró la burocracia como la forma más eficiente y racional que podían utilizar las organizaciones complejas (empresas) para lograr un elevado grado de eficiencia y un control efectivo

sobre el personal, surgida como respuesta a las necesidades de la sociedad moderna; y como el instrumento más efectivo para la administración de grandes organizaciones complejas en una sociedad industrial .

Weber “enfaticó la necesidad de una jerarquía estrictamente definida, gobernada por normas claras y precisas y lineamientos de autoridad. La organización ideal sería una burocracia en cuyas actividades y objetivos se racionalizaba y cuya dirección del trabajo se establecía en términos específicos.”

El modelo burocrático deriva en un modelo normativo que resalta la estructura organizacional y cuyas funciones son de especialización, estructuración, predicción, estabilidad, racionalidad y democracia. A su vez, crea rigidez, impersonalidad, desplazamiento de objetivos organizacionales, limitaciones por la categorización y da origen a la formación de grupos cerrados. (27)

La teoría de la Contingencia Estructural de Burns & Stalker

El camino hacia el enfoque de Sistemas Abiertos, dio como resultado el diseño contingente o situacional en la década de 1970, originándose con las investigaciones de Chandler, Woodward, Burns y Stalker, y Lawrence y Lorsch, con respecto a las organizaciones y sus ambientes. Los estudios de dichos autores presentan un *“análisis de la estructura de la organización y su funcionamiento, el cual depende de los ambientes y la interdependencia entre la organización y ésta última”*.

Señalaron *“que el concepto de las técnicas de administración que más contribuyen al logro de los objetivos organizacionales puede variar en diferentes situaciones o circunstancias. La función del administrador consiste en identificar cuáles técnicas, en determinadas situaciones y en un momento y circunstancias particulares, contribuirán a la obtención de las metas de las organizaciones”*.

Este enfoque es eminentemente humanista e incluye factores situacionales, así como la tecnología y la relación de la organización con el medio ambiente económico.

Los aspectos básicos de la teoría nos dicen que *“la organización es de naturaleza sistémica; un sistema abierto cuyas variables organizacionales presentan una compleja interrelación entre sí y con el ambiente, lo cual explica la relación entre variables externas (certeza y estabilidad del ambiente) y los estados internos de la organización (diferenciación e integración organizacionales), así como también el tipo de solución utilizados en los conflictos organizacionales”*.

En general, la Teoría Contingencial procura explicar que no hay nada absoluto en los principios de la organización, orientándose a sugerir diseños organizacionales y acciones gerenciales apropiadas para situaciones específicas, utilizando técnicas administrativas con la finalidad de mejorar la eficacia organizacional. (27)

2.2.3 Bases Teóricas de Cultura de Seguridad del Paciente

Los cimientos de esta cultura se asientan en 2 teorías:

1. La teoría de la identidad social

Tajfel refiere que *“el individuo se esfuerza por mejorar su autoestima mediante la identificación con un grupo. La organización debe generar intervenciones en materia de seguridad y potenciar la creación de redes seguras para que se incluyan en ella los individuos. También debe promover el entrenamiento de profesionales y equipos”*(28).

2. La teoría de la autocategorización

Asimismo, Tajfel afirma que *“el individuo se identifica con distintos grupos (microculturas) y renegocia de manera constante su identidad. La organización debe promover el refuerzo positivo, la recompensa del trabajo en seguridad, la publicidad de los programas en pro de la seguridad y debe reforzar la autoestima de aquellos que trabajan para desarrollarla, evitando las posibles consecuencias negativas que*

podieran derivarse de las barreras para la implantación de la cultura de seguridad“(28)

La ausencia de cultura de seguridad puede sostener que ciertos comportamientos de riesgo se conviertan en normas, por lo que, es importante el fomento de las prácticas seguras en la organización, evaluando continuamente las consecuencias.

Esto permite reevaluar los hábitos entendidos como “normales” y plantear estandarización de prácticas y desarrollo de guías consensuadas de práctica clínica, lo que permitirá unificar los criterios y actuaciones en las organizaciones de salud. (29).

2.3. Base conceptual

2.3.1 Diseño Organizacional

a. Definición

Louffat (2017) define que *“el diseño organizacional es un elemento administrativo que se encarga de estructurar ordenada y sinérgicamente las diversas unidades orgánicas de una institución. Asimismo, busca brindar las condiciones racionales óptimas para que pueda operar en el día a día”*. Para ello, es necesario analizar integralmente los determinantes exógenos y los componentes endógenos que contribuirán al diseño organizacional; bajo la condición de factores exógenos, se pueden comprender las variables del entorno operativo de una empresa sobre las que no tiene control: económicas, políticas, legales, sociales, ambientales, amenazas y/u oportunidades de mercado, etc. Mientras que los componentes endógenos son las variables ambientales de la empresa sobre las que la empresa puede tomar decisiones: grado de descentralización, alcance de la mano, descentralización/centralización, comunicación, etc. (30)

Para **Hellrigeel y Slocum** (2012), el diseño organizacional *“es el proceso de seleccionar la estructura de deberes, responsabilidades y relaciones de poder dentro de una organización, y las relaciones entre las diferentes*

partes o divisiones de una organización que se pueden presentar en un organigrama”, los procesos son importante porque todos los mecanismos de rendición de cuentas se revelan allí a través de un organigrama institucional. (31)

Pero **Robbins y Coulter** (2010), describe “*que cuando los gerentes crean o modifican la estructura de una organización, se involucran en el diseño de la organización como un proceso de toma de decisiones y, por lo tanto, se delinean las líneas de poder, la coordinación y las responsabilidades para funciones específicas*”. (32)

Chiavenato (2009) define que “*el diseño organizacional es el proceso de construir y adaptar continuamente la estructura de la organización para que alcance sus objetivos y estrategias. La estructura representa la interrelación entre los órganos y las tareas dentro de una organización, y es doblemente dependiente: hacia fuera, depende de la estrategia que se ha definido para alcanzar los objetivos globales, y dentro de la organización depende de la tecnología que utiliza*”. El diseño organizacional es complejo debido a la existencia de muchos puestos y unidades cuya integración y coordinación exige mucho más que la simple acumulación o unión de puestos o unidades. (33)

b. Dimensiones del Diseño Organizacional

Daft (34) refiere que “las dimensiones organizacionales se dividen en dos tipos: estructurales y contextuales.

b.1 Las dimensiones estructurales

Describen las características internas de una organización y se crea una base para medir y comparar las organizaciones.

1. **La formalización.** Se refiere a la cantidad de material escrito en la organización. La documentación incluye procedimientos, descripciones de puestos, políticas y pautas de políticas. Estos textos describen el comportamiento y las acciones.
2. **La especialización.** Es el grado en el que las tareas organizacionales se encuentran subdivididas en trabajos separados. Si la

especialización es muy extensa, cada empleado realiza sólo un rango limitado de tareas. Si la especialización es baja, los empleados llevan a cabo una amplia variedad de tareas. En ocasiones, la especialización se conoce como la división del trabajo.

3. **La jerarquía de la autoridad.** Describe quién reporta a quién y el alcance del control de cada gerente. En un organigrama, la jerarquía se representa como líneas verticales. La jerarquía está relacionada con el grado de control (el número de empleados que reportan al gerente). Cuando el tramo de control es corto la jerarquía suele ser alta. Cuando el tramo de control es amplio, la jerarquía de la autoridad será más corta.
4. **La centralización.** Se refiere al nivel jerárquico de la autoridad para la toma de decisiones. Cuando la toma de decisiones permanece en la cima, la organización se vuelve centralizada. Cuando las decisiones se delegan a los niveles inferiores de la organización, se descentralizan.
5. **El profesionalismo.** Son los niveles formales de educación y capacitación de los empleados. El profesionalismo se considera alto cuando los empleados necesitan estar capacitados durante mucho tiempo para poder ocupar determinados puestos en la organización. La profesionalidad suele medirse por el número medio de años de formación que tiene un empleado, que puede ser de hasta veinte años en la práctica médica y menos de diez años en una empresa constructora.
6. **Las razones de personal.** Se refieren a la distribución de personas entre las diversas funciones y departamentos. Las razones de personal incluyen la razón administrativa, la razón de oficina, la razón de personal profesional y la razón de empleados con labores directas a indirectas.

b.2 Las dimensiones contextuales

Son específicos para toda la organización, incluido su tamaño, tecnología, entorno y metas. Describen la estructura organizativa que incluye y dan forma a las dimensiones estructurales.

1. **El tamaño.** La organización se puede medir como un todo o sus elementos individuales, como una planta o una división. Dado que las organizaciones son sistemas sociales, el tamaño a menudo se mide por el número de empleados.
2. **La tecnología organizacional.** Relacionado con las herramientas, los métodos y las actividades que se utilizan para convertir los insumos en productos. Esto tiene que ver con la forma en que una organización produce realmente los bienes y servicios que proporciona a los clientes e incluye aspectos como la fabricación ágil, los sistemas de información avanzados e Internet.
3. **El entorno.** Incluye todo lo que va más allá de los límites de la organización. Los actores clave incluyen la industria, el gobierno, los clientes, los proveedores y la comunidad financiera. Los factores del entorno que a menudo afectan a las organizaciones son otras organizaciones.
4. **Las metas y la estrategia de una organización.** Son definidos por las metas y métodos competitivos que la diferencien de otras organizaciones. Las metas a menudo se escriben como una declaración permanente de la misión de la empresa. Una estrategia es un plan de acción que describe la asignación de recursos y actividades para interactuar con el entorno y lograr las metas organizacionales. Los objetivos y las estrategias definen la escala de las operaciones y las relaciones con los empleados, clientes y competidores.

5. **La cultura de una organización.** Es un conjunto central de importantes valores, creencias, percepciones y normas compartidas por los empleados. Estos valores y normas centrales pueden relacionarse con el comportamiento ético, el compromiso de los empleados, el desempeño o el servicio al cliente, y forman el pegamento que mantiene unidos a los miembros de una organización. La cultura de una organización no está escrita, pero se puede ver en sus historias, slogans, rituales, vestimenta y disposición de la oficina.

Al analizar los parámetros básicos del diseño organizacional, podemos determinar si la organización sigue un modelo mecánico u orgánico. Ambos modelos representan los extremos de una amplia gama de combinaciones.

c. Modelos organizacionales del diseño organizacional

c.1 Modelo Mecanicista o Tradicional

Cuando los aspectos principales del diseño organizacional son muy claros, se observa un modelo mecánico o tradicional, sus características son formalización, centralización, autoridad descentralizada, especialización y estandarización de procedimientos. La departamentalización crea un verdadero "feudo" dentro de una organización. El modelo tradicional es una configuración piramidal basada en el arma y la posición y es esencialmente rígido e inflexible. Presenta todas las características del modelo burocrático que caracterizó el período industrial y dominó casi todo el siglo XX.

El modelo mecánico es adecuado para entornos estables o poco cambiantes. La organización mecánica aprovecha la estabilidad a través de un diseño que pretende ser más eficiente a través de unas dimensiones básicas. Como nada cambia, la formalización asegura que todo lo que sucede quede registrado; centralización de decisiones que permite el control absoluto; La jerarquía asegura que se haga el trabajo; La especialización facilita que las personas realicen un trabajo en particular, y la estandarización gobierna las operaciones, lo que

complica el diseño. De esta manera, la organización se vuelve engorrosa, lenta y compleja y dificulta el cambio y la innovación en su fuerza laboral.

c.2 Modelo Orgánico

En cambio, cuando los aspectos clave se enfatizan ligeramente, existe un patrón orgánico que se encuentra cada vez más entre las organizaciones que buscan flexibilidad y dinamismo. Hay poca formalización, centralización, descentralización, especialización, complejidad y estandarización en este modelo. Tiene una forma circular basada en comandos temporales y es multifuncional, extremadamente flexible e intercambiable. Está adaptado a los cambios y la competencia característicos de la era del conocimiento.

Por otro lado, el diseño orgánico incluye muy pocas dimensiones básicas y se adapta a las condiciones ambientales dinámicas y cambiantes, lo que promueve la eficiencia del diseño y otorga un tremendo grado de libertad a las personas, descentraliza las decisiones, reduce significativamente la jerarquía y promueve la descentralización y la rendición de cuentas para todos. De esta forma, la organización gana una flexibilidad y adaptabilidad increíbles, plasmadas en creatividad e innovación, que hoy en día son de gran valor. (33)

d. Enfoques del diseño organizacional

El enfoque tradicional, Diseño organizacional basado en control jerárquico y flujo de trabajo vertical. La naturaleza de la organización enfatiza el control centralizado en la parte superior, el liderazgo personal y directo y las relaciones verticales entre superiores y subordinados. Este enfoque está centrado en el jefe y no considera clientes, proveedores o flujos horizontales en los procesos de la organización

El enfoque sistémico está orientado al proceso y, por lo tanto, se adapta a los cambios y flujos de trabajo en los procesos horizontales. La naturaleza de la organización está centrada en el cliente, los procesos

de toma de decisiones descentralizados y las relaciones horizontales. Mientras que el enfoque tradicional se basa en la división del trabajo y la especialización, el enfoque de sistemas se basa en una visión holística de la organización y los procesos subyacentes que entregan productos y servicios a los consumidores. Es como si la estructura organizacional estuviera configurada para permitir que el trabajo fluya a través de los límites departamentales y llegue a los clientes lo más rápido posible. (33)

2.3.2 Cultura de Seguridad

a. Seguridad del paciente

Se define como limitar y minimizar las prácticas inseguras en el sistema de atención médica mediante la aplicación de las mejores prácticas para garantizar resultados óptimos para los pacientes. (35)

Según la OMS, *“implica la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, en particular, la reducción a un mínimo aceptable, de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud”*. (36)

b. Cultura de Seguridad

Es un patrón de comportamiento individual y organizacional, anclado en creencias y valores inculcados, que busca continuamente minimizar el daño que los pacientes pueden resistir como resultado de los procesos de atención. (37)

Se define como un conjunto de valores y normas compartidas por las personas dentro de una organización e implica un modelo mental común que ubica a la seguridad como un objetivo común a ser perseguido por todas las personas y organizaciones que participan en programas de seguridad del paciente. (38).

El MINSA define *“la cultura de seguridad como el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento 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.”
(37)

Las organizaciones tienen una cultura de seguridad positiva identificada a través de una comunicación basada en la confianza mutua, lo que lleva al reconocimiento de la importancia de la seguridad y la confianza en la eficacia de las acciones preventivas. Tanto las personas como las organizaciones pueden detectar errores, aprender de ellos y tomar medidas para corregirlos. (39)

c. Características de la Cultura de Seguridad

Según la National Patient Safety Agency for England and Wales (NPSA) son 3 las características necesarias de la cultura de seguridad en las organizaciones sanitarias:

1. Abierto: la causa del bloqueo se atribuye a un error del sistema.
2. Justa: Sin penalización.
3. De Aprendizaje: Interpretar las incidencias como una oportunidad de mejora.

Cambiar la cultura de seguridad en una organización siempre es un desafío y hay muchas formas de mejorarlo, que incluyen: evaluación inicial de la situación, trabajo en equipo, desarrollo de liderazgo, evaluación de la organización, calificación de seguridad o uso de un sistema de reporte de incidentes críticos. (40).

d. Dimensiones de la Cultura de Seguridad

En 2004, la *Agency for Healthcare and Research in Quality* (AHRQ) puso a disposición de la comunidad sanitaria el cuestionario “Hospital Survey on Patient Safety Culture” (HSOPSC), este documento tiene una estructura de 42 preguntas agrupadas en 12 dimensiones. Diseñadas con un riguroso desarrollo psicométrico en cuanto a su construcción y a su validación, ha sido aplicada en cientos de hospitales de EEUU y adaptada

en distintos países europeos y la propia AHRQ dispone de una versión para los americanos de habla hispana. (39)

Pérez J y et al, en su artículo “Una Visión de la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales en México” define cada una de las dimensiones que comprende el cuestionario “Hospital Survey on Patient Safety Culture” como:

d.1 Resultados de Cultura de seguridad

- **Frecuencia de reporte de eventos:** *“Esta dimensión incluye tres preguntas sobre la frecuencia percibida de reportar tres tipos de incidentes o errores que no tienen consecuencias negativas.”*
- **Percepción de Seguridad:** *“responsable de medir si existe alguna percepción del trabajo que amenace la seguridad del paciente; incluyendo flujo de trabajo, herramientas para prevenir errores e identificar problemas de seguridad del paciente en esta unidad.”*

d.2 Cultura de seguridad a nivel de unidad/ servicio

- **Expectativas y Acciones de la Dirección/Supervisión de la Unidad/Servicio que promueven la seguridad:** *“Se incluyen en esta dimensión cuatro preguntas que representan la percepción que se tiene sobre la importancia que se da a la seguridad del paciente por parte de los jefes de servicio y supervisores”.*
- **Aprendizaje organizacional y mejora continua:** *“Esta dimensión incluye tres preguntas sobre la actitud proactiva del personal en relación a la seguridad del paciente; qué medidas toman para evitar que un fallo ocurra de nuevo, cómo se evalúan los cambios implementados y qué tan eficaces fueron”.*

- **Trabajo en Equipo dentro de la Unidad/ Servicio:** *“Nos habla del apoyo que existe entre el personal y si colaboran entre sí cuando aumenta la carga de trabajo”.*
- **Franqueza en la comunicación:** *“Se refiere a la relación que existe entre el personal, si se habla con libertad de cuestiones que podrían afectar al paciente y qué tan posible es cuestionar sobre acciones incorrectas”.*
- **Realimentación y comunicación sobre los errores:** *“Describe si los errores ocurridos son informados, retroalimentados y discutidos para evitar que vuelvan a ocurrir”.*
- **Respuesta no punitiva a los errores:** *“Esta dimensión se refiere a las consecuencias que existen al reportar un error, se cuestiona sobre si el error es utilizado en contra de quien lo cometió y si es más importante encontrar al culpable o enfocarse en por qué se dio el fallo”.*
- **Dotación de personal:** *“Se refiere a la carga de trabajo, cómo se afecta la calidad de atención por la falta de personal y qué tan presionados trabajan para cumplir las tareas”.*
- **Apoyo de la dirección del hospital en la seguridad del paciente:** *“Se refiere a qué tanto participa la gerencia en la preservación de la seguridad del paciente, cuán prioritario es para ellos y si están interesados en todo momento o únicamente cuando ha ocurrido un evento adverso”.*

d.3 Cultura de seguridad a nivel del hospital

- **Trabajo en equipo entre unidades/servicios:** *“Describe la relación entre diferentes unidades; la cooperación, coordinación y comodidad al tener que trabajar con personal de otro servicio”.*

- **Problemas en los cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades:** *“Se incluye pérdida de información y problemas en la atención a los pacientes”.* (41)

2.4. Definición de términos básicos

Diseño Organizacional

Es el proceso de construir y adaptar continuamente la estructura de la organización para que alcance sus objetivos y estrategias. (33)

Cultura de Seguridad

Es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento 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. (37)

Centro Quirúrgico

Es una de las unidades operativas más complejas, donde confluyen todas las acciones quirúrgicas programadas y no programadas (42).

Profesional de Enfermería

Es aquel que proporciona un servicio a la sociedad en coordinación con los otros profesionistas del área de la salud, a través de la prevención y tratamiento de las enfermedades, así como de la rehabilitación de las personas que las padecen, basándose en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas reales o potenciales que los sujetos sanos o enfermos presentan, con el propósito de conservar y fomentar la salud (43)

III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

Hipótesis general

Existe una relación significativa entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del HNERM, año 2022.

HO Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del HNERM en el año 2022.

Hipótesis específicas

- Hipótesis específica 1

Existe una relación significativa entre la dimensión estructural del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería.

- Hipótesis específica 2

Existe una relación significativa entre la dimensión contextual del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería.

3.2. Definición conceptual de variables

Diseño Organizacional

Es el proceso de construir y adaptar continuamente la estructura de la organización para que alcance sus objetivos y estrategias

Cultura de Seguridad

Es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento 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.

3.2.1. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE	METODO	TECNICA
Diseño Organizacional	Es el proceso de construir y adaptar continuamente la estructura de la organización para que alcance sus objetivos y estrategias.	Es el proceso de construir y adaptar continuamente la estructura de la organización del servicio de enfermería del centro quirúrgico para que alcance sus objetivos y estrategias.	Dimensión Estructural	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formalización ▪ Especialización ▪ Jerarquía de la autoridad ▪ Centralización ▪ Profesionalismo ▪ Razón de personal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bueno ▪ Regular ▪ Malo 	Hipotético-deductivo	Entrevista Cuestionario de Diseño Organizacional elaborado por las investigadoras
			Dimensión Contextual	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tamaño Organizacional ▪ Tecnología organizacional ▪ Entorno ▪ Metas y estrategias ▪ Cultura organizacional 			
Cultura de Seguridad del paciente	Es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de	Es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento del profesional de enfermería, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de la	Resultados de Cultura de Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia de eventos adversos ▪ Percepción de seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Positiva ▪ Neutral ▪ Negativa 	Hipotético-deductivo	Entrevista Cuestionario sobre Cultura Seguridad del Paciente (versión española) de Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ 2005)
			Cultura de Seguridad a nivel del servicio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expectativas y acciones de la dirección que favorece la seguridad ▪ Aprendizaje organizacional ▪ Trabajo en equipo en el servicio 			

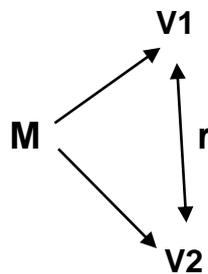
	una organización de salud en el manejo de la seguridad.	organización del servicio de enfermería del centro quirúrgico en el manejo de seguridad.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Franqueza en la comunicación ▪ Retroalimentación y Comunicación sobre errores ▪ Respuesta no punitiva a los errores ▪ Dotación de personal ▪ Apoyo de la gerencia hospitalaria en la seguridad del paciente 			adaptado por las investigadoras
			Cultura de Seguridad a nivel del hospital	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajo en equipo entre servicios ▪ Problemas en cambios de turnos y transiciones entre servicios 			

IV. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio de investigación según Roberto Hernández Sampieri (2012) es una investigación de enfoque **Cuantitativo** porque los datos recolectados sobre Diseño organizacional y Cultura de seguridad del paciente son susceptibles a mediciones estadísticas, **Aplicada** porque permitió mejorar la realidad encontrada, **Prospectivo** porque los datos obtenidos ocurrieron luego de la planificación del estudio de investigación y **Correlacional** porque permitió determinar el grado de relación significativa existente entre las variables descritas anteriormente.

El diseño utilizado fue **No experimental** porque no existe manipulación deliberada de las variables de estudio y es de **Corte Transversal** porque se estudió las variables de forma simultánea en un determinado momento.



Dónde:

M = Muestra

V1= Diseño Organizacional

V2= Cultura de Seguridad

r = Relación entre variables

4.2. Método de investigación

La presente investigación utilizó el método Hipotético-deductivo porque se realizó una observación del área de estudio que facilitó determinar el problema de la investigación y por consiguiente la elaboración de la

hipótesis que permitió realizar deducciones a partir del resultado de la misma.

4.3. Población y muestra

Población

La población objeto de estudio fue el profesional de Enfermería que en su totalidad fue de 130 enfermeras que laboran en el servicio de Centro Quirúrgico 2B y Áreas Satélites del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

Muestra

La muestra se calculó según la siguiente fórmula :

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo

z = Es el nivel de confianza deseado, para lo cual se utilizará la distribución de Gauss: Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

q = Probabilidad de fracaso (0.5)

Aplicando:

$$n = \frac{130 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(130-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 98$$

Criterios de inclusión:

- ✓ Profesional de enfermería con más de 3 meses laborando en el servicio de Centro Quirúrgico 2B y Área Satélite del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
- ✓ Profesional de Enfermería que a través de la autorización (CI) se involucren en el estudio.
- ✓ Profesional de Enfermería que se encuentre laborando en el período de aplicación del instrumento.

Criterios de exclusión:

- ✓ Profesional de enfermería con menos de 3 meses laborando en el servicio de Centro Quirúrgico 2B y Área Satélite del Hospital Edgardo Rebagliati Martins.
- ✓ Profesional de Enfermería que no autoricen cooperar con el estudio de investigación.
- ✓ Profesional de Enfermería que se encuentren de licencia.

4.4. Lugar de estudio y periodo de desarrollo

Se realizó en el servicio de Centro Quirúrgico 2B ubicado en el 2do piso del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y las Áreas Satélites que son salas de operaciones anexos y que se ubican en los pisos del 3B, 4B, 9B y 10B de ESSALUD, Lima – Perú. El proceso de investigación se realizó durante los meses de Febrero y Marzo del año 2022.

4.5. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información

Técnica.

Se utilizó la técnica de la entrevista para ambas variables, dirigida a cada miembro de la muestra, la cual nos permitió obtener la información sobre el estudio que nos permitió medir la relación entre el diseño organizacional y cultura de seguridad del paciente en el profesional de enfermería.

Instrumento

Se utilizó el **Cuestionario** que nos permitió obtener la recolección de datos siendo estos de carácter verídico y analítico. El siguiente trabajo de investigación consta de 2 cuestionarios que nos permitió medir la relación entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de Enfermería que laboran en el hospital ya mencionado.

Para la variable 1 se empleó el **cuestionario de diseño organizacional** que consta de 35 preguntas de tipo cerradas y de respuesta dicotómica; elaborada por las investigadoras.

Para la variable 2 se empleó el **cuestionario de Cultura de seguridad del paciente** consiste de 42 preguntas, siendo de elección múltiple elaborada bajo la escala tipo Likert en categorías: totalmente en desacuerdo (1), en desacuerdo (2) ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), de acuerdo (4) Totalmente de acuerdo (5) que fueron tomadas del cuestionario validado de la Encuesta Hospitalaria sobre Cultura de Seguridad del Paciente diseñado por la AHRQ, versión en español 2005 y adaptadas por las investigadoras.

Validez y confiabilidad

La validez de los instrumentos se realizó a través de jueces expertos aplicando la prueba V de Aiken obteniéndose valores $> 0,7$, lo que indica que los instrumentos diseñados para la medición de cada variable son válidos para su aplicación.

Se realizó una prueba piloto con 15 sujetos obteniéndose como resultado que el alfa de Cronbach es de 0,877 en el cuestionario de Diseño Organizacional y de 0,603 en el caso del cuestionario de Cultura de Seguridad del paciente.

Además, se consideró el **consentimiento informado**, documento por el cual el profesional de Enfermería del servicio de Centro Quirúrgico

confirmó mediante la firma su intervención en la investigación, para la cual fue informada previamente sobre el propósito, beneficios, y además se garantizó la privacidad de la información.

4.6. Análisis y procesamiento de datos

Previamente al estudio se realizó con la aprobación del Comité Científico de la Unidad de Capacitación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Asimismo, se coordinó con la Enfermera jefe del servicio de Centro Quirúrgico para la aprobación de la aplicación de los respectivos cuestionarios vía formulario de Google dado la emergencia sanitaria del COVID 19. Los cuestionarios fueron enviados de manera electrónica a los profesionales de Enfermería, con la respectiva información para el desarrollo de las mismas, garantizando la confidencialidad de la información brindada.

Para el análisis de los datos se utilizó el software estadístico SPSS versión 25; para la presentación de los resultados descriptivos se empleó las tablas y gráficos estadísticos; mientras que para establecer la relación de las variables se empleó el Rho de Spearman.

V. RESULTADOS

5.1 Resultados descriptivos.

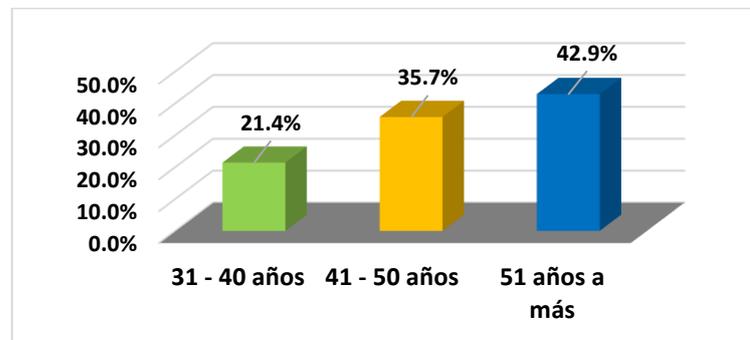
Tabla 5.1.1
DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022

Edad	n	%
31 - 40 años	21	21.4
41 - 50 años	35	35.7
51 años a más	42	42.9
Total	98	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

Gráfico 5.1.1

DISTRIBUCIÓN DE LA EDAD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022



Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

En la tabla 5.1.1 y gráfico 5.1.1 observamos que la mayoría de los profesionales de enfermería participantes en el estudio de dicha investigación; está representada por aquellas que tienen de 51 años a más que representa el 42.9% (42), seguido por aquellas que tienen entre 41 a 50 años de edad que representa el 35.7% (35) y finalmente aquellas cuyas edades fluctúan entre 31 a 40 años con el 21.4% (21).

Tabla 5.1.2.

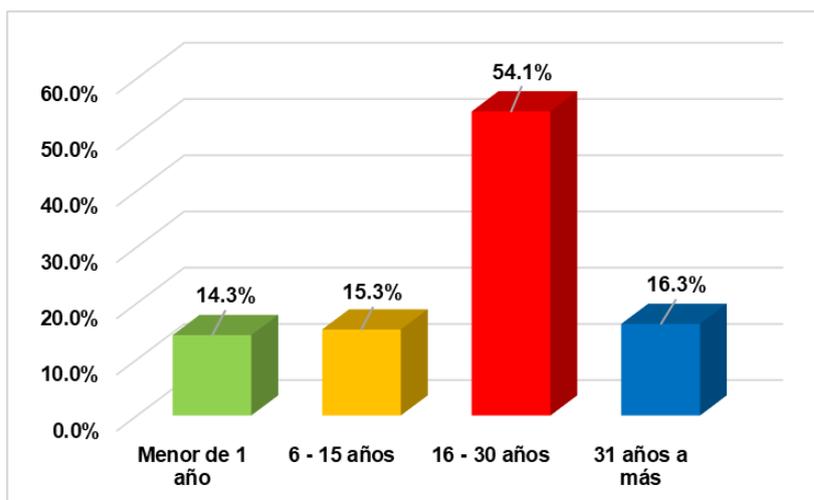
DISTRIBUCIÓN DE TIEMPO DE SERVICIO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.

Tiempo de servicio	n	%
Menor de 1 año	14	14.3
6 - 15 años	15	15.3
16 - 30 años	53	54.1
31 años a más	16	16.3
Total	98	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

Gráfico 5.1.2

DISTRIBUCIÓN DE TIEMPO DE SERVICIO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.



Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

En la presente tabla 5.1.2 y gráfico 5.1.2 visualizamos que la mayoría de las enfermeras que laboran en el servicio de centro quirúrgico tienen entre 16 y 30 años de servicio que representa el 54.1% (53), seguido de aquellas que tienen entre 31 años a más que representa el 16.3% (16), también de aquellas que tienen de 6 a 15 años de servicio con el 15.6% (15) y finalmente los que tienen menos de 1 año de servicio con el 14.3% (14) en el HNERM. No existiendo profesionales de enfermería con tiempo de servicio de 1 y 5 años.

TABLA 5.1.3

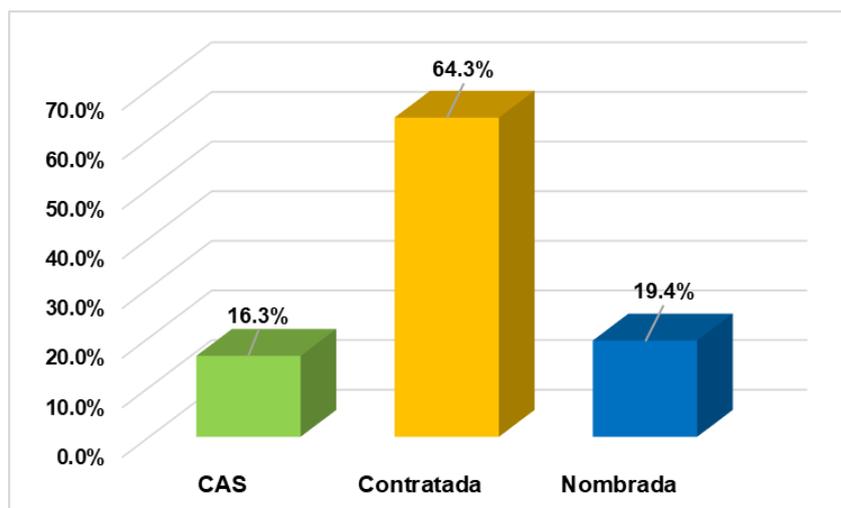
DISTRIBUCIÓN DE CONDICIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.

Condición laboral	n	%
CAS	16	16.3
Contratada	63	64.3
Nombrada	19	19.4
Total	98	100

Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

Gráfico 5.1.3

DISTRIBUCIÓN DE CONDICIÓN LABORAL DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.



Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

En la siguiente tabla 5.1.3 y gráfico 5.1.3 podemos constatar que la mayoría de las enfermeras que laboran en el servicio ya mencionado son de condición laboral contratada y que representa el 64.3% (63), seguido de aquellas que son de condición laboral nombrada del 19.4% (19) y finalmente las que están en condición de contrato administrativo de servicio (CAS) que representan el 16.3% (16).

Tabla 5.1.4

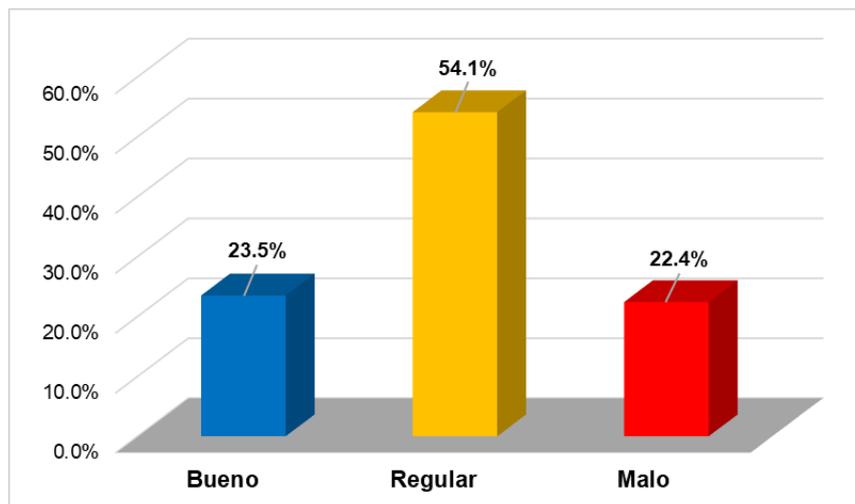
DISEÑO ORGANIZACIONAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.

Diseño Organizacional	n	%
	98	100
Bueno	23	23.5
Regular	53	54.1
Malo	22	22.4

Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

Gráfico 5.1.4

DISEÑO ORGANIZACIONAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.



Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

En la tabla 5.1.4 y gráfico 5.1.4 observamos que la mayoría de las enfermeras del servicio de centro quirúrgico de HNERM tienen una percepción **regular** acerca del Diseño Organizacional con el 54.1 % (53), seguidas por aquellas que tienen la percepción buena con el 23.5% (23) y finalmente por aquellas que tienen una percepción mala con el 22.4% (22).

Tabla 5.1.5

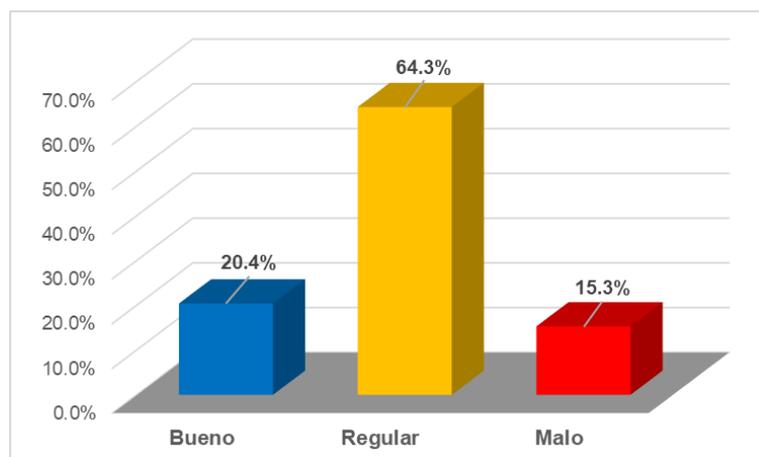
DIMENSION ESTRUCTURAL DEL DISEÑO ORGANIZACIONAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.

Dimensión Estructural	n	%
Bueno	20	20.4
Regular	63	64.3
Malo	15	15.3
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

Gráfico 5.1.5

DIMENSION ESTRUCTURAL DEL DISEÑO ORGANIZACIONAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.



Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

En la presente tabla 5.1.5 y gráfico 5.1.5 visualizamos que la mayoría de las enfermeras del servicio de centro quirúrgico de HNERM tienen una percepción **regular** acerca de la dimensión estructural del Diseño Organizacional con el 64.3 % (63), seguido de aquellas que tienen la percepción buena que representa el 20.4% (20) y finalmente por aquellas que tienen una percepción mala con el 15.3% (15).

Tabla 5.1.6

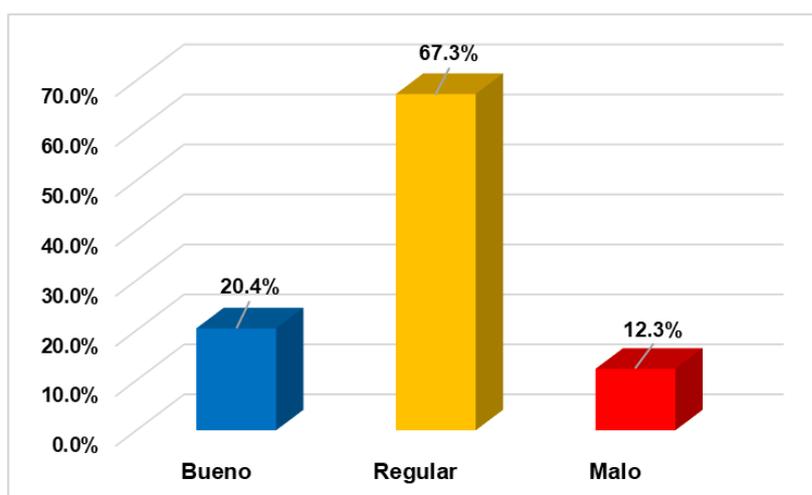
DIMENSION CONTEXTUAL DEL DISEÑO ORGANIZACIONAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.

Dimensión Contextual	n	%
Bueno	20	20.4
Regular	66	67.3
Malo	12	12.3
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

Gráfico 5.1.6

DIMENSION CONTEXTUAL DEL DISEÑO ORGANIZACIONAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022



Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

En la tabla 5.1.6 y gráfico 5.1.6 podemos constatar que la mayoría de las enfermeras del servicio de centro quirúrgico de HNERM tienen una percepción **regular** acerca de la dimensión contextual del Diseño Organizacional con el 67.3 % (66), seguido de aquellas que tienen la percepción buena que representa el 20.4% (20) y finalmente por aquellas que tienen una percepción mala con el 12.3% (12).

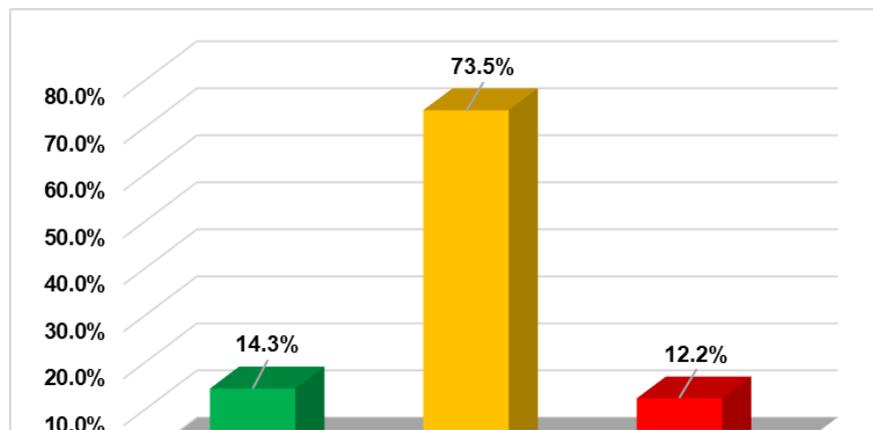
TABLA 5.1.7
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.

Cultura de Seguridad	n	%
	98	100
Positiva	14	14.3
Neutral	72	73.5
Negativa	12	12.2

Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

Gráficos 5.1.7

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.



Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

Se observa en la tabla 5.1.7 y gráfico 5.1.7 que del total de profesionales de Enfermería encuestadas perciben que la cultura de seguridad del paciente es **neutral** 73.5% (72), positiva 14.3% (14) y negativa 12.2% (12). Prevalece la percepción neutral en cuanto a los aspectos de la cultura de seguridad como resultado, a nivel del servicio y a nivel del hospital.

Tabla 5.1.8

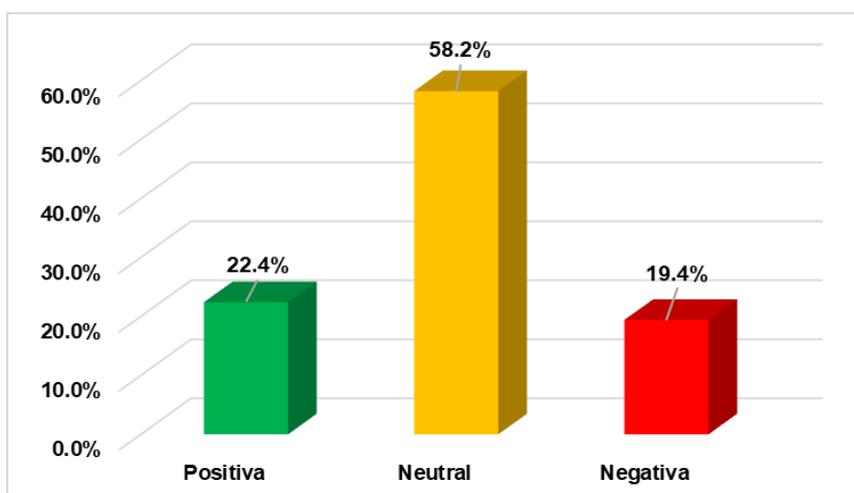
RESULTADOS DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.

Resultados de la Cultura de Seguridad	n	%
Positiva	22	22.4
Neutral	57	58.2
Negativa	19	19.4
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

Gráfico 5.1.8.

RESULTADOS DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.



Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

Se observa en la tabla 5.8 y gráfico 5.8 que del total de profesionales de Enfermería encuestadas opinan que resultados de cultura de seguridad del paciente es **neutral** 58.2% (57), **positiva** 22.4% (22) y **negativa** 19.4% (19).

Tabla 5.1.9

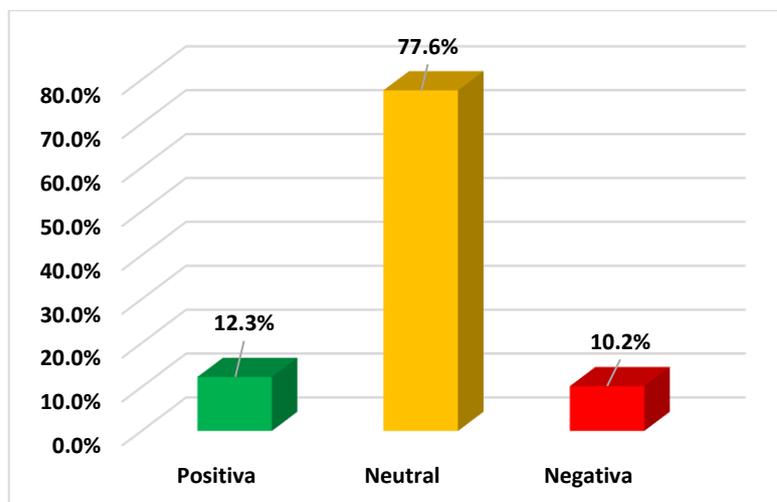
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE A NIVEL DEL SERVICIO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.

Cultura de Seguridad a nivel del Servicio	n	%
Positiva	12	12.2
Neutral	76	77.6
Negativa	10	10.2
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNRM – 2022.

Gráfico 5.1.9

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE A NIVEL DEL SERVICIO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.



Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNRM – 2022.

Se observa en la tabla 5.9 y gráfico 5.9 que del total de profesionales de Enfermería encuestadas opinan que la cultura de seguridad del paciente a nivel del servicio es **neutral** 77.6% (76), **positiva** 12.3% (12) y **negativa** 10.2% (10).

Tabla 5.1.10

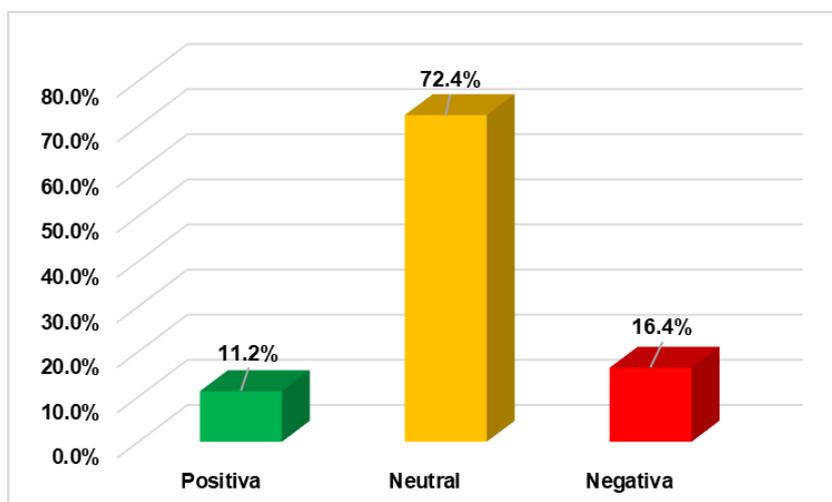
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE A NIVEL DEL HOSPITAL EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.

Cultura de Seguridad a nivel del Hospital	n	%
Positiva	11	11.2
Neutral	71	72.4
Negativa	16	16.4
Total	98	100.0

Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNERM – 2022.

Gráfico 5.1.10

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE A NIVEL DEL SERVICIO EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.



Fuente: Encuesta realizada al profesional de Enfermería del Centro Quirúrgico HNRM – 2022.

Se observa en la tabla 5.10 y gráfico 5.10 que del total de profesionales de Enfermería encuestadas opinan que la cultura de seguridad del paciente a nivel del hospital es **neutral** 72.4% (71), **positiva** 11.2% (11), y **negativa** 16.4% (16).

5.2. Resultados inferenciales.

Tabla 5.2.1

RELACION ENTRE EL DISEÑO ORGANIZACIONAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022.

			D.Organ	C. Seguridad
Rho de Spearman	Diseño Organizacional	Coeficiente de correlación	1,000	,292**
		Sig. (bilateral)	.	,004
		N	98	98
	C. Seguridad	Coeficiente de correlación	,292**	1,000
		Sig. (bilateral)	,004	.
		N	98	98

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

El análisis de correlación de Rho de Spearman determinó la relación entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería con una significancia de 0.004. y un valor de Rho = 0.292, siendo esta una correlación positiva baja significativa.

Tabla 5.2.2

RELACION ENTRE DIMENSION ESTRUCTURAL DEL DISEÑO ORGANIZACIONAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022

			D.Estruc	C. Seguridad
Rho de Spearman	Dimensión Estructural.	Coeficiente de correlación	1,000	,265**
		Sig. (bilateral)	.	,008
		N	98	98
	C. Seguridad	Coeficiente de correlación	,265**	1,000
		Sig. (bilateral)	,008	.
		N	98	98

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

El análisis de correlación de Rho de Spearman determinó la relación entre la dimensión estructural del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería, con una significancia de 0.008 y un valor de Rho = 0.265, siendo esta una correlación positiva baja significativa.

Tabla 5.2.3

RELACION ENTRE DIMENSION CONTEXTUAL DEL DISEÑO ORGANIZACIONAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRÚRGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022

			D.Contex	C. Seguridad
Rho de Spearman	Dimensión Contextual.	Coeficiente de correlación	1,000	,360**
		Sig. (bilateral)	.	,000
	N		98	98
	C. Seguridad	Coeficiente de correlación	,360**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N		98

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

El análisis de correlación de Rho de Spearman determinó la relación entre la dimensión del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería, con una significancia de 0.000 y un valor de Rho = 0.360, siendo esta una correlación positiva baja significativa.

VI. DISCUSION DE RESULTADOS

6.1 Contrastación de hipótesis con los resultados

6.1.1. Prueba de Hipótesis

Hipótesis general

Existe una relación significativa entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del HNERM, año 2022.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del HNERM en el año 2022.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Prueba estadística: Rho de Spearman, para determinar la relación entre las variables de diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería.

Cálculo de la prueba

			Diseño	C. Seguridad
Rho de Spearman	Diseño Organizacional	Coeficiente de correlación	1,000	,292**
		Sig. (bilateral)	.	,004
		N	98	98
	C. Seguridad	Coeficiente de correlación	,292**	1,000
		Sig. (bilateral)	,004	.
		N	98	98

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

El análisis de correlación de Rho de Spearman determinó la relación entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería, con una significancia de 0.004. y un valor de Rho = 0.292, siendo esta una correlación positiva baja significativa.

Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis Nula (H_0) si el valor $p < 0.05$

Decisión: Dado que $0.004 < 0.05$, al 95% de confiabilidad se rechaza la hipótesis nula.

Conclusión:

Existe una relación significativa entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de la institución en la cual se realizó el estudio de investigación; existiendo una correlación positiva baja entre las dos variables con un valor de $r = 0,292$; lo que determinó que a mejor nivel de diseño organizacional mayor será el nivel de cultura de seguridad del paciente que tenga el profesional de enfermería participante del estudio.

6.1.2. Prueba de Hipótesis

Hipótesis específica 1

Existe una relación significativa entre la dimensión estructural del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del HNERM, año 2022.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre la dimensión estructural del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del HNERM en el año 2022.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Prueba estadística: Rho de Spearman, para determinar la relación entre las variables de dimensión estructural del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería.

Cálculo de la prueba

			D. Estruct	C. Seguridad
Rho de Spearman	Dimensión Estructural.	Coeficiente de correlación	1,000	,265**
		Sig. (bilateral)	.	,008
		N	98	98
	C. Seguridad	Coeficiente de correlación	,265**	1,000
		Sig. (bilateral)	,008	.
		N	98	98

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

Al realizar el análisis de correlación de Rho de Spearman para determinar la relación entre la dimensión estructural del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería, se obtuvo una significancia de 0.008 y un valor de Rho = 0.265, siendo esta una correlación positiva baja significativa.

Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis Nula (H0) si el valor $p < 0.05$

Decisión: Dado que $0.008 < 0.05$, al 95% de confiabilidad se rechaza la hipótesis nula.

Conclusión:

Existe una relación significativa entre la dimensión estructural del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de la institución en la cual se realizó el estudio de investigación; existiendo una correlación positiva baja entre la dimensión estructural del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería, con un valor de $r =$

0.265 lo cual determino que a mayor nivel de la dimensión estructural del diseño organizacional mayor será el nivel de la cultura de seguridad del paciente que tenga el profesional de enfermería participante del estudio.

6.1.3. Prueba de Hipótesis

Hipótesis específica 2

Existe una relación significativa entre la dimensión contextual del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del HNERM, año 2022.

Hipótesis nula

No existe una relación significativa entre la dimensión contextual del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del HNERM en el año 2022.

Nivel de significancia: $\alpha = 0.05$

Prueba estadística: Rho de Spearman, para determinar la relación entre las variables de dimensión contextual del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería.

Cálculo de la prueba

			Diseño	C. Seguridad
Rho de Spearman	Diseño Contextual.	Coeficiente de correlación	1,000	,360**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	98	98
	C. Seguridad	Coeficiente de correlación	,360**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	98	98

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

Al realizar el análisis de correlación de Rho de Spearman para determinar la relación entre la dimensión del diseño organizacional y la cultura de

seguridad del paciente del personal de enfermería, se obtuvo una significancia de 0.000 y un valor de Rho = 0.360, siendo esta una correlación positiva baja significativa.

Regla de decisión: Se rechaza la hipótesis Nula (H_0) si el valor $p < 0.05$

Decisión: Dado que $0.000 < 0.05$, al 95% de confiabilidad se rechaza la hipótesis nula.

Conclusión:

Existe una relación significativa entre la dimensión contextual del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del servicio de centro quirúrgico de la institución en la cual se realizó el estudio de investigación; existiendo una correlación positiva baja entre la dimensión contextual del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente del personal de enfermería, con un valor de $r = 0.360$ lo cual determinó que a mayor nivel de la dimensión contextual del diseño organizacional mayor será el nivel de la cultura de seguridad del paciente que tenga el profesional de enfermería participante del estudio.

6.2 Contrastación de los resultados con otros estudios similares.

En el presente estudio se obtuvo como resultado una correlación positiva baja significativa con un valor de Rho = 0.292, el cual se asemeja al realizado por **Leòn L. y Mejía C. (Callao, 2019)** titulado ***“Clima Organizacional y la Cultura de Seguridad del paciente en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren”***, pero que en comparación con nuestro estudio utilizan la dimensión Diseño Organizacional como parte del Clima Organizacional en las cuales determinaron que el diseño organizacional fue Bueno en dicha institución con el 61.9%(39) y regular con el 23.8% (15); mientras que en la Cultura de Seguridad del paciente muestra un nivel Aceptable que es 60.3% (38) similar a nuestro estudio que tiene como escala de medición Neutral con 72.4% (71).

Asimismo, **Nuñez E.** (Chiclayo, 2018) en su estudio titulado **“Cultura de Seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente las Mercedes”** existe similitud con las dimensiones e indicadores considerados en nuestro estudio; concluyendo que existe una cultura de seguridad débil (44.31%). En la dimensión Resultados de cultura de seguridad del paciente se identificaron como oportunidad de mejora: frecuencia de eventos adversos (51.24%) y como categoría débil: percepción global (33.47%). En la Dimensión Cultura de Seguridad a nivel de unidad/servicio identificaron como oportunidad de mejora: trabajo en equipo (68.80%), aprendizaje organizacional/mejora continua (61.43%), expectativas y acciones de dirección/supervisión de unidades/servicio (53.31%), y retroalimentación y comunicación sobre errores (51.79%) y como debilidad: respuestas no punitivas a errores (40.77%), comunicación franca (39.12%), apoyo de la gerencia (34.44%) y dotación del personal (29.96%). En Dimensión Cultura de Seguridad a nivel hospitalario identificaron como debilidad: trabajo en equipo entre unidades (36.57%) problemas de cambio de turno y transiciones entre servicios y unidades (34.09%). Por lo tanto a pesar que utilizan otras escalas la calificación débil se asemeja con las utilizadas en nuestra investigación como neutral, dado que ambas se orientan como negativas. Por otro lado, **Chacòn A.** (Lima, 2020) en su estudio titulado **“Diseño Organizacional y Gestión de recursos humanos de un Hospital Municipal de la ciudad de Lima”**, encontró que los trabajadores del establecimiento de salud en estudio perciben que el Diseño Organizacional es Regular con el 60% (27) asimismo el 40% (18) percibe que el diseño es Bueno.

También **Ramos, L** (Huaraz, 2018) en su trabajo de investigación titulado **“Diseño Organizacional y Desarrollo Potencial Humano del Personal Microred Monterrey”**, encontró que el 49,1% de trabajadores indican que existe un diseño organizacional Regular, similar a nuestro trabajo que encontramos los mismos resultados con el 54.1% (53). Finalmente, **Pastor N. et al.** (Ica, 2017), en su estudio de investigación **“Cultura de Seguridad del**

paciente de las enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ica”, cuyos resultados son semejantes a nuestro estudio en relación con los indicadores estudiados como: el Aprendizaje organizacional 52,0% en comparación con el 59.2%; Trabajo en Equipo 52,0%, en comparación con el 63% y finalmente los Eventos Notificados 44,1% en comparación con el 41.3%.

6.3 Responsabilidad ética de acuerdo a los reglamentos vigentes.

El estudio de investigación cumple con el rigor ético científico en todas las etapas de la investigación.

Asimismo, se contempló los criterios éticos administrativos cumpliendo la normativa vigente de la Universidad Nacional del Callao que incluyó el mantenimiento de la confidencialidad en el tratamiento de los datos.

Finalmente, se declara que se ha tenido en consideración los principios que regulan la Conducta Responsable del Investigador (CRI), establecidos por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYTEC).

VII. CONCLUSIONES

1. En este estudio se determinó que existe relación entre el Diseño Organizacional y la Cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, año 2022, obteniéndose un valor de significancia de 0.004. y un valor de $Rho = 0.292$, siendo ésta una correlación positiva baja significativa.
2. Existe relación entre la Dimensión Estructural del Diseño organizacional y la Cultura de Seguridad del paciente en el profesional de Enfermería, donde se obtuvo un valor de significancia de 0.008 y un valor de $Rho = 0.265$, siendo ésta una correlación positiva baja significativa.
3. Existe relación entre la Dimensión Contextual del Diseño organizacional y la Cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería, donde se obtuvo un valor de significancia de 0.000 y un valor de $Rho = 0.360$, siendo ésta una correlación positiva baja significativa.

VIII. RECOMENDACIONES

1. A la Oficina de Calidad del Hospital Edgardo Rebagliati Martins
 - Concientizar a las autoridades, personal de enfermería, y equipo multidisciplinario sobre la cultura de seguridad del paciente, a través de información compartida sobre la repercusión que tienen eventos adversos en los pacientes.

1. A la Jefatura del Departamento de Enfermería:
 - Fortalecer y optimizar el diseño organizacional que percibe el personal de enfermería a través de capacitaciones y/o talleres con temas relacionados a identificación, motivación, recompensa, comunicación asertiva, trabajo en equipo, para que revierta en forma positiva y mejorar la cultura de seguridad del paciente.
 - Establecer propósitos eficaces de la organización con una visión de modo tal, que el personal pueda ser influenciado por el líder hacia el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas de la institución, a través de técnicas y habilidades en el campo de la comunicación interpersonal (coaching) con el compromiso de influir positivamente en el personal y éste se vea reflejado en el cuidado y seguridad que se brinde al paciente.

2. A la Jefatura del Servicio de Enfermería de Centro Quirúrgico:
 - Fortalecer el diseño organizacional en relación a sus protocolos, reglas, procedimientos a través de la comunicación clara, y sencilla, incluyendo una cultura de notificación de eventos adversos con respuesta no punitiva, promoviendo la confianza de los profesionales y simplificando los métodos de notificación, facilitando el proceso, y realizando un retroalimentación, manifestando al personal la naturaleza y el propósito y las propuestas para conseguir el éxito en las buenas prácticas de seguridad del paciente.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/patient-safety>
- (2) Organización Mundial de la Salud. Consejo Ejecutivo, 144. (2018). Seguridad del paciente: medidas mundiales en materia de seguridad del paciente: informe del Director General. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327527>
- (3) Jha AK. Presentation at the “Patient Safety – A Grand Challenge for Healthcare Professionals and Policymakers Alike” a Roundtable at the Grand Challenges Meeting of the Bill & Melinda Gates Foundation, 18 October 2018 (<https://globalhealth.harvard.edu/qualitypowerpoint>, consultado el 23 de julio de 2019).
- (4) National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press; 2018 (<https://www.nap.edu/catalog/25152/crossing-the-global-quality-chasm-improving-health-care-worldwide>, consultado el 26 de julio de 2019).
- (5) Jha AK, Larizgoitia I, Audera-Lopez C, et al. The global burden of unsafe medical care: analytic modelling of observational studies. *BMJ Qual Saf*. Publicación inicial en línea: 18 de septiembre de 2013. doi: 10.1136/bmjqs-2012-001748 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24048616>, consultado el 23 de octubre de 2018).
- (6) WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2009 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf?sequence=1, consultado el 7 de noviembre de 2018).

- (7) Rafter, N.; Hickey, A.; Condell, S.; Conroy, R.; O'Connor, P.; Vaughan, D.; Williams, D. Adverse events in healthcare: Learning from mistakes. QJM Int. J. Med. 2015, 108, 273–277
- (8) Pérez-Beltrán, A.; Ruiz-Frías Gil, S.; López-Ruiz, M.; Villaño-Ansótegui, L.; Fernández-González, R.; Moreno-Larrea, A. La medición de la cultura de seguridad del paciente una revisión bibliográfica. Rev. Enfermería 2013, 36, 50–55.
- (9) Granel-Giménez, N.; Palmieri, P.A.; Watson-Badia, C.E.; Gómez-Ibáñez, R.; Leyva-Moral, J.M.; Bernabeu-Tamayo, M.D. Patient Safety Culture in European Hospitals: A Comparative Mixed Methods Study. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 939.[https:// doi.org/10.3390/ijerph19020939](https://doi.org/10.3390/ijerph19020939)
- (10) Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, et al. Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: results of the 'Iberoamerican study of adverse events' (IBEAS). BMJ Qual Saf. 2011; 20(12):1043-51
- (11) Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA. Documento Técnico “Política Nacional de Calidad en Salud”
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/322121-politica-nacional-de-calidad-en-salud-documento-tecnico-rm-n-727-2009-minsa>
- (12) ESSALUD. Resolución de Gerencia General N° 1967-GC-ESSALUD-2019 se aprueba el documento técnico “Plan de Gestión de la Calidad del Seguro Social de Salud – ESSALUD 2019-2021”
http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/RGG_1967_GG_ESSALUD_2019.pdf

- (13) Salazar Maya Ángela María, Restrepo Marín Diana Marcela. Cultura de la seguridad del paciente en seis centros quirúrgicos de Antioquia. [Internet]Revista Cuidarte. 2020; 11(2): e1040. [Consultado el 8 enero 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1040>
- (14) Mella Laborde, Mario y colaboradores. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario. [Internet] Gac.Sanit.2020;34(5):500–513. [Consultado el 10 julio 2021].Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>
- (15) Merino-Plaza MJ y et al. Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. [Internet] Gac Sanit. 2018;32(4):352–361[Consultado el 7 noviembre 2020] Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.009>
- (16) Pinheiro, M y et al. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una organización hospitalaria de un hospital universitario Enferm. glob. [Internet]. 2017, vol.16, n.45, pp.309-352. Epub 14-Dic-2020. ISSN 1695-6141 [Consultado el 18 Noviembre 2020] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.1.238811>
- (17) Toso GL, Golle L, Magnago TSBS, Herr GEG, Loro MM, Aozane F, et al. Evaluación de la cultura seguridad del paciente en las instituciones hospitalarias en perspectiva de enfermería. [Internet] Rev Gaúcha Enferm. 2016 dez;37(4):e58662. [Consultado el 16 octubre 2020]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.58662>
- (18) Santos da Silva-Batalha E, Melleiroc, M. Gestión hospitalaria y la Cultura de seguridad del paciente en la Percepción de equipo de Enfermería. [Internet] Revista Baiana de Saúde Pública v. 40, supl. 1, p. 109-123jan./mar. 2016. [Consultado el 8 enero 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670>

- (19) Gomez D, Pelcastre-Villafuerte B., Parada-Toro I. Diseño de una intervención gerencial para la mejora organizacional en centros de salud de primer nivel de atención". [Internet] Revista Horizonte sanitario / vol. 15(2), mayo-agosto 2016 México [Consultado el 16 octubre 2020]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4578/457846538003/html/>
- (20) Chacón, J. Diseño organizacional y Gestión de recursos humanos del Hospital Municipal Los Olivos. [Internet] Tesis de grado. Lima-Perú.UCV 2020. [Consultado el 16 Enero 2022] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/51633>
- (21) Núñez, I Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes [Internet] Tesis de grado. Chiclayo-Perú. USAT, 2020. [Consultado el 8 enero 2022] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/2481>
- (22) Ramos Mendoza L. Diseño Organizacional y Desarrollo del Potencial Humano del Personal, Microred Monterrey, Huaraz, 2018 [Internet] tesis de grado. Lima, Perú. UNASAM 2020. [Consultado el 26 enero 2022] Disponible en: <http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/4347>
- (23) León L., Mejía F. Clima organizacional y la Cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao -2019 [Internet] Tesis de grado. Lima-Perú.UNC.2019. [Consultado el 18 Julio 2020] Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe>
- (24) Damas K. Cultura de Seguridad del paciente y Cultura Organizacional en el personal de enfermería de un hospital [Internet] Tesis de grado. Lima-Perú.UPNW.2019. [Consultado el 8 enero 2022] Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4086>

- (25) Pastor N. et al. Cultura de seguridad del paciente de las enfermeras asistenciales del Hospital Regional de Ica – 2017. [Internet] Rev. enferm. vanguard. 2019; 7(2):41-48. [Consultado el 8 enero 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.35563/revan.v7i2.204>
- (26) Lozada N. et al. La teoría organizacional en los contextos socioeconómico y epistemológico: hacia la construcción de una disciplina compleja y equilibrada. [Internet] Revista Universidad & Empresa, vol. 17, no. 28, 2015 [Consultado el 23 enero 2022] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12804/rev.univ.empresa.28.2015.01>
- (27) Medina, A., & Avila, A. Evolución de la teoría administrativa. Una Visión desde la psicología organizacional. [Internet] Revista Cubana de Psicología, 2002 (262-272). [Consultado el 9 febrero 2022] Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v19n3/12.pdf>
- (28) Tajfel H, Turner JG. Social identity theory of intergroup behavior. MA Hogg. Social Psychology: Intergroup behavior and societal; 1986.
- (29) Rodrigo-Rincón MI, Tirapu-León B, Zabalza-López P, Martín- Vizcaino MP, La Fuente-Calixto de A, Villalgorido-Ortín P, et al. Percepción de los profesionales sobre la utilización y la utilidad del listado de verificación quirúrgica. Revista de Calidad Asistencial. 2011;26(6):380–5.
- (30) Louffat Enrique ¿Que se entiende por diseño organizacional? Marzo 2017. Disponible en: <https://www.esan.edu.pe/conexion-esan/que-se-entiende-por-diseno-organizacional>
- (31) Hellriegel. D. y Slocum J. Comportamiento Organizacional. 12a edición. México. Editorial: Thompson. 2012

- (32) Robbins, L y Coulter, F. Diseño organizacional. España: Editorial La Muralla S. A. 2014
- (33) Chiavenato Idalberto. Comportamiento Organizacional. 2da edición. México. McGraw-Hill. 2009
- (34) Daft Richard. Teoría y Diseño Organizacional. 10ma edición. México. CENGAGE Learning. 2011.
- (35) Ministerio de salud. Norma Técnica Sanitaria para la Seguridad del Paciente. Lima: 2008.
- (36) Organización Mundial de la Salud. [Consultado el 20 de mayo del 2022] Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1
- (37) Unidad funcional de gestión de calidad en salud. Gestión de riesgo en la seguridad del paciente. Lima: Ministerio de Salud; 2018
- (38) Mahajan RP. Safety culture in Anesthesiology. Rev Esp..Anestesiol Reanim. 2011; 58 (Supl 3): S10–4.
- (39) Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; España 2011. [Consultado el 20 mayo 2022] Disponible en: <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/mosps.pdf>
- (40) Pronovost P, Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations. Quality and Safety in Health Care. BMJ Publishing Group Ltd; 2005;14(4):231–3.

- (41) Pérez J y et al. Una Visión de la Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales en México [Internet]. Revista CONAMED // VOL. 21 Núm. 3, julio - septiembre 2016 [Consultado el 23 enero 2022] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2016/con163b.pdf>
- (42) Ministerio de Salud de Argentina. Centro Quirúrgico de establecimientos con internación. [Consultado el 20 mayo 2022] Disponible en: http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810_2020anexo1.pdf
- (43) Universidad Autónoma de Chihuahua. Facultad de Enfermería y Nutriología. México 2012 [Consultado el 20 mayo 2022] Disponible en: http://fen.uach.mx/oferta_academica/2012/02/13/quien_es_un_profesional/

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA INVESTIGACION

Título: “DISEÑO ORGANIZACIONAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DEL CENTRO QUIRURGICO DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, AÑO 2022”

PROBLEMAS DE INVESTIGACION	OBJETIVOS DE INVESTIGACION	HIPOTESIS DE LA INVESTIGACION	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>Problema Principal ¿Qué relación existe entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el año 2022?</p> <p>Problemas Secundarios ¿Qué relación existe entre la dimensión estructural del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería? ¿Qué relación existe entre la dimensión contextual del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería?</p>	<p>Objetivo General Establecer la relación que existe entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del HNERM en el año 2022.</p> <p>Objetivos Específicos Determinar la relación que existe entre la dimensión estructural del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería Determinar la relación que existe entre la dimensión contextual del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería</p>	<p>Hipótesis general Existe una relación significativa entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del HNERM en el año 2022.</p> <p>HO Hipótesis nula No existe una relación significativa entre el diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería que labora en el Centro Quirúrgico del HNERM en el año 2022.</p> <p>Hipótesis Específicas <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Hipótesis Específica 1</i> Existe una relación significativa entre la dimensión estructural del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería. ▪ <i>Hipótesis Específica 2</i> Existe una relación significativa entre la dimensión contextual del diseño organizacional y la cultura de seguridad del paciente en el profesional de Enfermería. </p>	<p>Variable 1 <i>Diseño Organizacional</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dimensión estructural <ul style="list-style-type: none"> ▪ Formalización ▪ Especialización ▪ Jerarquía de la autoridad ▪ Centralización ▪ Profesionalismo ▪ Razones de personal ▪ Dimensión Contextual <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tamaño de la organización ▪ Tecnología organizacional ▪ Entorno ▪ Metas y estrategias ▪ Cultura organizacional <p>Variable 2 <i>Cultura de la Seguridad</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Resultados de Cultura de Seguridad <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia de eventos adversos - Percepción de seguridad ▪ Cultura de Seguridad a nivel servicio <ul style="list-style-type: none"> ▪ Expectativas y acciones de la dirección que favorece la seguridad ▪ Aprendizaje organizacional ▪ Trabajo en equipo en el servicio ▪ Franqueza en la comunicación ▪ Retroalimentación y Comunicación sobre errores ▪ Respuesta no punitiva a los errores ▪ Dotación de personal 	<p>Tipo de Investigación No experimental Aplicada de enfoque cuantitativo</p> <p>Diseño de Investigación Hipotético Deductivo Correlacional de corte transversal</p> <p>Población y muestra Enfermeras de Centro Quirúrgico del Hospital Edgardo Rebagliati Martins N= 130</p> <p>Muestra 98 enfermeras</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos</p> <p>Técnicas Entrevista</p> <p>Instrumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Diseño Organizacional</i> Cuestionario de Diseño Organizacional elaborada por las investigadoras. ▪ <i>Cultura de la Seguridad</i>

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo de la gerencia hospitalaria en la seguridad del paciente ▪ Cultura de Seguridad a nivel del hospital <ul style="list-style-type: none"> - Trabajo en equipo entre servicios - Problemas en cambios de turnos y transiciones entre servicios 	<p>Cuestionario sobre Seguridad del Paciente (versión española de Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ 2005) adaptada por las investigadoras.</p>
--	--	--	---	--

ANEXO Nº 2
INSTRUMENTO Nº1

**INSTRUMENTO PARA MEDIR EL DISEÑO ORGANIZACIONAL EN EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRURGICO**

Estimada/o colega, este cuestionario recoge sus opiniones acerca del Diseño Organizacional en su centro de trabajo, y le llevará unos 10 minutos completarla; le solicitamos responder estos enunciados con total sinceridad, la información es confidencial y anónima.

Lea detenidamente cada uno ellos y marque con "X" la opción que represente su respuesta.

DATOS GENERALES

1. Edad:

- a. Menor de 25 años ()
- b. 26 – 30 años ()
- c. 31 – 40 años ()
- d. 41 – 50 años ()
- e. Mayor de 50 años ()

2. Sexo:

- a. Femenino ()
- b. Masculino ()

3. Tiempo de Servicio en el área:

- a. Menos de 1 año ()
- b. De 1 a 5 años ()
- c. De 6 a 15 años ()
- d. De 16 a 30 años ()
- e. Mayor de 31 años ()

4. Condición Laboral:

- a. Profesional de enfermería CAS
- b. Profesional de enfermería contratada ()
- b. Profesional en enfermería nombrada ()

CUESTIONARIO DE DISEÑO ORGANIZACIONAL			
DIMENSIÓN ESTRUCTURAL		SI	NO
N°	Formalización		
1	Están documentadas las tareas o funciones específicas que debo realizar en mi servicio.		
2	La documentación de la institución especifica las actividades que corresponden a cada función.		
3	Las normas y reglas del servicio son claras y facilitan mi trabajo.		
4	Los documentos normativos están visibles y describen las áreas y puestos de trabajo.		
5	Conoce de un manual o documento donde estén descritas cada una de las áreas del servicio.		
	Especialización		
6	Las actividades en el servicio están delimitadas de acuerdo a las necesidades de cada área de trabajo.		
7	Cumple usted una amplia gama de actividades que sobrepasa la capacidad de sus funciones.		
8	Realiza las actividades correspondientes a su área de trabajo, de tal manera que percibe que la distribución es adecuada.		
	Jerarquía		
9	Conoce el organigrama de su servicio.		
10	La organización del servicio tiene definidas las líneas de autoridad.		
11	Esta descrito con claridad quién le reporta a quién y la ruta de control en el servicio.		
12	Las acciones de control se realizan de manera planificada en mi servicio		
13	La jefatura toma decisiones asertivas cuando delega autoridad a otros empleados.		
14	Considera que existe una duplicidad de mando en las áreas del servicio.		
	Centralización		
15	Las decisiones siempre las toma el nivel jerárquico superior del servicio.		
16	Las decisiones son tomadas de acuerdo a los niveles de jerarquía del servicio.		
17	La jefatura toma las decisiones importantes de manera independiente en la organización.		

DIMENSIÓN ESTRUCTURAL		SI	NO
N°	Profesionalismo		
18	Los ascensos son otorgados por su nivel de capacitación en el área de su desempeño		
19	Recibe de parte del servicio la oportunidad de capacitación que favorezcan su desempeño profesional.		
20	Las capacitaciones son continuas en el tiempo que le permiten acumular experiencia para ascender en su puesto de trabajo.		
	Razon de Personal		
21	El personal en el servicio está distribuido de tal manera que responden a la demanda administrativa.		
22	El personal en el servicio está distribuido de tal manera que responden a la demanda profesional especializada.		
23	El personal en el servicio está distribuido de tal manera que todos pueden resolver cualquier función sin distinción.		
DIMENSIÓN CONTEXTUAL		SI	NO
	Tamaño Organizacional		
24	Considera que el número de personas asignadas en las áreas claves del servicio es el adecuado		
25	Existe una asignación justa de las actividades de acuerdo al número de profesionales en el servicio.		
	Tecnología Organizacional		
26	El servicio cuenta con herramientas de registro sistematizado que facilite el acceso de la información en las diferentes áreas.		
27	El servicio cuenta con herramientas de información tecnológica que facilite su trabajo con las diferentes áreas.		
	Entorno		
28	El servicio cuenta con el apoyo de instituciones gubernamentales que favorezcan su gestión.		
29	El servicio cuenta con el apoyo de instituciones privadas que favorezcan su gestión.		
	Metas y Estrategias		
30	Considero que la misión de mi servicio, se ajusta a los propósitos para alcanzar la excelencia.		
31	Existe correspondencia entre los objetivos del servicio y el trabajo que se realiza		
32	Considero que la misión de mi servicio, la define y diferencia de los otros servicios.		
	Cultura Organizacional		
33	El servicio promueve el sentido de pertenencia de los empleados, como un aspecto clave.		
34	El servicio promueve el trabajo en equipo como parte de una identidad del servicio.		
35	La cultura organizacional está orientada a promover los valores y compromiso ético de sus trabajadores.		

**ANEXO Nº 3
INSTRUMENTO Nº2**

**INSTRUMENTO PARA MEDIR LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO QUIRURGICO**

Estimada/o colega, este cuestionario recoge sus opiniones acerca la Cultura de Seguridad del paciente en su centro de trabajo, y le llevará unos 10 minutos completarla; le solicitamos responder estos enunciados con total sinceridad, la información es confidencial y anónima.

Lea detenidamente cada uno de ellos y marque con "X" la opción que represente su respuesta.

Sección A: Su Servicio		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	El personal se apoya mutuamente.					
2	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo					
3	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
4	En este servicio nos tratamos todos con respeto.					
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
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 su contra.					
9	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar ocurra de nuevo.					
10	No se producen más fallos por casualidad.					

11	Cuando alguien esta sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros					
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 deprisa.					
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.					
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
17	En este servicio 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 jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
20	Mi 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 jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en peligro la seguridad del paciente.					
22	Mi jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.					

Sección B: Su Hospital		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indiferente	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
23	La dirección del hospital facilita un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.					
24	Los diferentes servicios del hospital no se coordinan bien entre ellas.					
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde un servicio a otro.					
26	Hay una buena cooperación entre los 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.					
28	Suele resultar incomodo tener que trabajar con personal de otros servicios.					

29	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
30	La dirección del hospital muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
31	La dirección del hospital sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.					
32	Los servicios 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.					
	Sección C: Comunicación en su servicio	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
34	Cuando notificamos algún accidente, nos informan sobre que tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					
35	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
36	Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio.					
37	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
38	En mi servicio 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					

Fuente: Cuestionario sobre Seguridad del Paciente de Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ) (versión española 2005) adaptado por las investigadoras.

ANEXO Nº 4

TABLA POR INDICADORES DE DISEÑO ORGANIZACIONAL

Diseño Organizacional Estructural	Bueno		Regular		Malo	
	n	%	n	%	n	%
Formalización	60	61.2	25	25.5	13	13.3
Especialización	30	30.6	48	49.0	20	20.4
Jerarquía de la autoridad	52	53.1	38	38.8	8	8.2
Centralización	51	52.0	36	36.7	11	11.2
Profesionalismo	16	16.3	28	28.6	54	55.1
Razón de personal	20	20.4	30	30.6	48	49.0
Total	98	100.0	98	100.0	98	100.0

Diseño Organizacional Contextual	Bueno		Regular		Malo	
	n	%	n	%	n	%
Tamaño organizacional	21	21.4	34	34.7	43	43.9
Tecnología organizacional	22	22.4	15	15.3	61	62.2
Entorno	10	10.2	13	13.3	75	76.5
Metas y estrategias	65	66.3	18	18.4	15	15.3
Cultura organizacional	65	66.3	17	17.3	16	16.3
Total	98	100.0	98	100.0	98	100.0

ANEXO Nº 5

TABLA POR INDICADORES DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Cultura de Seguridad del paciente Resultados de cultura de seguridad	Positiva		Neutral		Negativa	
	n	%	n	%	n	%
Frecuencia de eventos adversos	23	23.5	41	41.8	34	34.7
Percepción de seguridad	1	1.0	78	79.6	19	19.4
Total	98	100.0	98	100.0	98	100.0

Cultura de Seguridad del paciente Cultura de seguridad a nivel del servicio	Positiva		Neutral		Negativa	
	n	%	n	%	n	%
Expectativas y acciones de la dirección	0	0.0	53	54.1	45	45.9
Aprendizaje organizacional	29	29.6	58	59.2	11	11.2
Trabajo en equipo en el servicio	8	8.2	62	63.3	28	28.6
Franqueza en la comunicación	4	4.1	33	33.7	61	62.2
Retroalimentación y comunicación sobre errores	21	21.4	51	52.0	26	26.5
Respuesta no punitiva a los errores	12	12.2	51	52.0	35	35.7
Dotación de personal	4	4.1	55	56.1	39	39.8
Apoyo de la gerencia hospitalaria	3	3.1	49	50.0	46	46.9
Total	98	100.0	98	100.0	98	100.0

Cultura de Seguridad del paciente Cultura de seguridad a nivel del hospital	Positiva		Neutral		Negativa	
	n	%	n	%	n	%
Trabajo en equipo entre servicios	2	2.0	75	76.5	21	21.4
Problemas en cambios de turnos y transiciones	1	1.0	45	45.9	52	53.1
Total	98	100.0	98	100.0	98	100.0