



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
<http://www.udh.edu.pe>

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**  
**Escuela de Post Grado**

**MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TESIS**

**VINCULACIÓN LABORAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL  
PACIENTE EN PERSONAL DE SALUD FAMILIAR Y  
COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD APARICIO  
POMARES – HUÁNUCO 2018**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD  
Mención Salud Pública y Docencia Universitaria**

**AUTOR**

**Lic. Enf. Eler BORNEO CANTALICIO**

**ASESORA**

*Dra. Julia Marian, PALACIOS ZEVALLOS*

**Huánuco – Perú  
2018**



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD


En la ciudad Universitaria la Esperanza, en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, a los veintidós días del mes de setiembre del año dos mil dieciocho, siendo las 15:00 horas, los Jurados, docentes en la Universidad de Huánuco, Mg. Amalia Leiva Yaro, **Presidenta**, Mg. Edith Jara Claudio, **Secretaria**, y Mg. Luis Chamorro Huete, **Vocal** respectivamente; nombrados mediante Resolución N° 417-2018-D-EPG-UDH, de fecha dieciséis de julio del año dos mil dieciocho y el aspirante al Grado Académico de Maestro, **Eler BORNEO CANTALICIO**.

Luego de la instalación y verificación de los documentos correspondientes, la Presidenta del jurado invitó al graduando a proceder a la exposición y defensa de su tesis intitulada: **"VINCULACIÓN LABORAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PERSONAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES – HUÁNUCO 2018"**. Para optar el Grado Académico de Maestro en Ciencias de la Salud, mención: Salud Pública y Docencia Universitaria.


Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a) Aprobado Por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 17 y cualitativo de Muy Bueno (Art. 54).

Siendo las 16.30 horas del día 22 del mes de Setiembre del año 2018, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

  
PRESIDENTA  
Mg. Amalia Leiva Yaro

  
SECRETARIA  
Mg. Edith Jara Claudio

  
VOCAL  
Mg. Luis Chamorro Huete

## **DEDICATORIA**

Dedico este estudio de investigación principalmente a Dios, por haberme brindado la vida y posibilitarme el haber llegado hasta este momento tan importante sobre mi formación profesional. A mi madre Victoria y a mi padre Gregorio, por ser los pilares más importantes de mi vida. A mi esposa Evelyn e hijas Aracely y Luciana que son la mayor bendición que he podido encontrar para mi vida. Y, también a todos mis familiares como hermanos, suegra, tíos, cuñados entre otros.

## **AGRADECIMIENTO**

Por su consejo y atención a mis consultas sobre el estudio de investigación, mi agradecimiento a la Dra. Julia Palacios Zevallos, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco, como asesora de este trabajo de investigación.

A los jurados por la disposición profesional en la revisión del presente trabajo de investigación.

Asimismo, agradezco a los especialistas Guillermo, Ofelia, Ewer, Marita, Nancy y Enit por el apoyo profesional en la validación cualitativa de los instrumentos de investigación.

A los docentes de post grado de la Universidad Huánuco por los conocimientos brindados y por la constante motivación hacia el logro de nuestros objetivos.

A todos, completamente agradecido.

## INDICE

	<b>Pág.</b>
<b>DEDICATORIA</b>	ii
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	iii
<b>INDICE</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ABSTRACT</b>	vi
<b>INTRODUCCION</b>	vii
<b>1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Descripción del problema	9
1.2. Formulación del problema	14
1.3. Objetivo general	15
1.4. Objetivos específicos	16
1.5. Trascendencia de la investigación	17
<b>2. MARCO TEORICO</b>	
2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definiciones conceptuales	27
2.4. Sistema de hipótesis	34
2.5. Sistema de variables	35
2.6. Operacionalización de variables (Dimensiones e Indicadores)	36
<b>3. MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1. Tipo de investigación	38
3.1.1. Enfoque	38
3.1.2. Alcance o nivel	38
3.1.3. Diseño	38
3.2. Población y muestra	39
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	40
3.4. Técnicas para el procesamiento y análisis de la información	46
3.5. Aspectos éticos	47
<b>4. RESULTADOS</b>	
4.1. Análisis descriptivo de los datos	48
4.2. Análisis inferencial	72
<b>5. DISCUSION</b>	
5.1. Discusión de resultados	81
<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	85
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA</b>	87
<b>ANEXO</b>	95

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la relación entre la vinculación laboral y la cultura de seguridad del paciente. **Métodos:** Se ha realizado un estudio de diseño correlacional con 51 trabajadores de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares de Huánuco, durante el periodo 2018. Se empleó un cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria del Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS) elaborado por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud de España y una escala de vinculación laboral de Schaufeli y Bakker. En el análisis inferencial se utilizó la Prueba de correlaciones de  $r$  de Pearson. **Resultados:** El 62,7% (32 trabajadores de la salud) presentaron vinculación laboral muy alto y 86,3% (44 trabajadores de la salud) tuvieron cultura de seguridad del paciente de nivel medio. Por otro lado, la vinculación laboral se relaciona significativamente con la cultura de seguridad del paciente, con  $p \leq 0,008$ . Y, también la cultura de seguridad del paciente se relaciona significativamente con la vinculación laboral en la dimensión vigor ( $p \leq 0,022$ ), dedicación ( $p \leq 0,013$ ) y absorción ( $p \leq 0,012$ ). **Conclusiones:** La vinculación laboral se relaciona con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares de Huánuco.

*Palabras clave: cultura de seguridad del paciente, compromiso laboral, vigor, personal de salud.*

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the relationship between the employment relationship and the culture of patient safety. **METHODS:** A correlational design study was carried out with 51 family and community health workers from the Aparicio Pomares de Huánuco Health Center, during the 2018 period. A questionnaire on the culture of patient safety in primary care of the Medical Office Survey on Patient Safety was used. Culture (MOSPS) prepared by the Quality Agency of the National Health System of Spain and a scale of employment linkage of Schaufeli and Bakker. In the inferential analysis the Pearson r correlation test was used. **RESULTS:** 62.7% (32 health workers) had a very high employment relationship and 86.3% (44 health workers) had a mid-level patient safety culture. On the other hand, the employment relationship is significantly related to the culture of patient safety, with  $p \leq 0.008$ . And, also the safety culture of the patient is significantly related to the labor linkage in the dimension vigor ( $p \leq 0.022$ ), dedication ( $p \leq 0.013$ ) and absorption ( $p \leq 0.012$ ). **CONCLUSIONS:** The employment relationship is related to the safety culture of the patient in family and community health personnel of the Aparicio Pomares - Huánuco Health Center.

***Keywords:** culture of patient safety, work engagement, vigor, health personnel.*

## INTRODUCCION

La seguridad del paciente representa un importante indicador del Sistema de Gestión de Calidad en Salud, y su mejora equivale una prioridad para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS). Para lograr dicha mejora es fundamental promover, crear y mantener una cultura de seguridad del paciente positiva en las instituciones de salud<sup>1</sup>.

La cultura de seguridad del paciente corresponde una herramienta sustancial para evitar o prevenir los eventos adversos, mostrando fortalezas y espacios de mejora continua; proporciona a una organización un alcance básico asociado con percepciones y actitudes de la totalidad del personal sanitario y no sanitario y se considera como una actuación de seguridad<sup>2</sup>.

Este constructo, se conceptualiza como la suma de valores, apreciaciones, actitudes, pautas y capacidades del comportamiento personal y en grupo que concretan el pacto o compromiso de la gestión hacia la seguridad del paciente<sup>3</sup>.

La cultura sobre seguridad del paciente, entonces se ha convertido en tema de mucha preocupación entre las autoridades públicas y privadas, en tanto el número de errores que se realizan en la atención al paciente son muy relevantes, por lo que resulta esencial minimizar errores y efectos adversos. Su valoración, por lo tanto, es necesaria para diseñar actividades que la mejoren y se garantice la calidad de atención de los pacientes que acuden a estos centros<sup>4</sup>.

Por otra parte, en el nivel primario de salud con personal de la salud que, a pesar de la elevada sobrecarga laboral, el difícil ambiente laboral y los



insuficientes recursos de salud asignados, siguen laborando con gran pasión y alta energía. Este fenómeno se explica mediante el constructo “vínculo laboral”. Sin embargo, a pesar de la importancia del fenómeno, éste no ha sido lo suficientemente investigado en nuestro país, y menos en el contexto de la atención primaria de salud (salud familiar y comunitaria)<sup>5</sup>.

A partir de lo antes expuesto se plantea como objetivo determinar la relación entre la vinculación laboral y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.

En ese sentido, nuestro estudio de investigación se compone en cinco capítulos. El primero lo constituye el problema, la formulación del problema, el objetivo general y específico y la trascendencia de la investigación.

En el segundo capítulo lo conforma el marco teórico, el cual se encuentra constituido por los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, las definiciones conceptuales, sistema de hipótesis y sistema de variables.

El tercer capítulo se refiere al marco metodológico, abarcando el tipo de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos y técnicas para el procesamiento y análisis de la información.

En el cuarto capítulo se comunican los resultados de la investigación con su respectiva comprobación de hipótesis y en el último y quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados. Posteriormente se incluyen las conclusiones y las recomendaciones. Y, también las referencias bibliográficas y los anexos.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La calidad y seguridad de atención en la actualidad corresponde a una prioridad en todos los niveles de asistencia sanitaria. Avalar que una atención que se brinda a los pacientes cumple con los estándares de calidad y la custodia de riesgos relacionados al sistema de salud, es un desafío que demanda el compromiso de la totalidad de trabajadores pertenecientes al área de la salud<sup>6</sup>.

De acuerdo a numerosas investigaciones, las instituciones de salud se encuentran expuestas al error y su riesgo de eventos adversos es importante, ubicando su ocurrencia entre 3,7 a 16,6% del total de los ingresos hospitalarios<sup>7</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) valora que, a nivel mundial, cada año, diez millones de pacientes presentan lesiones discapacitantes o mueren a causa de la praxis médica o atención insegura. Alrededor de cada 10 pacientes padece algún daño al obtener atención de salud en centros hospitalarios bien financiados y con tecnologías adelantados. Además, se desconoce sobre la carga de la atención insegura en ambientes distintos de los hospitales, donde se ofrece la mayor parte de los servicios de atención<sup>8</sup>.

Asimismo, la OMS comunica en el informe “Métodos y medidas empleadas en la investigación en Seguridad del Paciente en Atención Primaria. Resultados de una revisión de la literatura” que los sucesos en

seguridad del paciente en el primer nivel de atención se estiman en 0,004 a 240,0 por 1000 atenciones, y entre 45,0 a 76,0% de ellos se pueden prevenir<sup>9</sup>.

En España, un estudio de investigación acerca de la seguridad de pacientes en atención primaria (APEAS)<sup>10</sup> informó que la prevalencia de las consultas de atención primaria en las que se reveló algún evento adverso fue del 10,1% de las consultas y gran parte de ellos estaban asociadas con la utilización de medicamentos, los cuidados y la comunicación.

Por su parte, el gobierno colombiano gastó desde 2005 aproximadamente 1,68 millones de dólares referidas a indemnizaciones a consecuencia de errores médicos, operaciones sin consentimiento y diagnósticos falsos. La Supersalud recogió entre 2006 y 2007 más de 50.000 reclamos y peticiones de pacientes del sistema de salud. Y el Ministerio de la Protección Social señaló que 18 de cada 100 usuarios atendidos en centros hospitalarios son víctimas de errores médicos<sup>11</sup>.

Según la OMS, en los países en vías de desarrollo, el 77% de los eventos adversos pertenecen a casos de medicamentos falsificados y de baja calidad, el pésimo estado de la infraestructura y equipos médicos, el mínimo control de las infecciones y la falta de cultura de seguridad del paciente, entre otros, llevan a un mayor riesgo de ocurrencia de eventos adversos evitables<sup>12</sup>.

En el Perú, según un estudio operativa, los investigadores Espíritu, Lavado, Pantoja, Lam, Barrientos y Centeno<sup>13</sup> encontraron en el Hospital Nacional Dos de Mayo a través de una vigilancia activa entre primero de octubre de 2005 y el último día del mes de marzo de 2006, una tasa de eventos adversos del 3,9%. Los eventos adversos más identificados fueron las infecciones hospitalarias (70,0%), y el servicio de neonatología es el que

presenta un número elevado de casos: 47 (19,5%); entre éstos, la sepsis neonatal (19 casos) fue la más prevalente. En segundo lugar se determinó las reacciones adversas a medicamentos, con 49 (14,2%) casos.

En cambio, a nivel de la región Huánuco, en el primer nivel de atención de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud no se evidencian resultados oficiales de esta problemática (eventos adversos) y mucho menos existen investigaciones sobre cultura de seguridad del paciente. Sin embargo, existen directivas sanitarias para la vigilancia de estos eventos y cultura de seguridad del paciente como la Directiva Sanitaria N°005-IGSS/V.1 "Sistema de Registro y Notificación de Incidentes, Eventos Adversos y Eventos Centinelas", Documento Técnico "Lineamientos para la Vigilancia, Prevención y Control de las Infecciones Asociadas a la Atención de Salud", "Guía Técnica para la Implementación del Proceso de Higiene de Manos en los Establecimientos de Salud" y la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01 "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".

Por otro lado, sostenemos que para identificar los factores asociados con esta problemática, deben evaluarse las percepciones de los profesionales de la salud. No es suficiente con conocer los resultados en salud, sino que también debe entenderse cómo se organizan y ofrecen los servicios de salud mediante la opinión de los trabajadores. Uno de los factores que según los especialistas influyen en las opiniones de los trabajadores de la salud es el clima de la institución, o conjunto de características que determinan el entorno de trabajo y que interviene sobre las conductas, las relaciones y las actitudes de los individuos<sup>14</sup>.

Numerosos trabajos relacionan la gestión de personas y la seguridad de pacientes. Por ejemplo, Neal, Griffin y Hart<sup>15</sup> desarrollaron un modelo explicativo del clima organizacional sobre la seguridad del paciente. Sus hallazgos fueron muy claros en revelar que las intervenciones para mejorar el clima de la institución y la satisfacción laboral tienen influencias positivas sobre la seguridad de los pacientes, y que las intervenciones efectuadas para aumentar la seguridad son más efectivas si se despliegan con un clima laboral favorable.

Igualmente, Ellis, Priest, MacPhee y Sanchez<sup>16</sup> concluyen que crear e implementar un ambiente laboral que retenga y facilite al personal de enfermería es clave para lograr la calidad de los cuidados y la seguridad del paciente.

Escobar et al.<sup>17</sup> en sus resultados indican que, en las organizaciones donde se promueve un ambiente de trabajo favorable, los usuarios perciben una mayor seguridad en las atenciones y están más satisfechos con los cuidados recibidos.

En 2009, la OMS reconoció los factores humanos asociados con la seguridad de los pacientes y los dividió en cuatro facetas: organizativa/gerencial, trabajo en equipo, elementos asociados con la persona y el entorno laboral. Estas facetas se clasificaban en 10 categorías: cultura de la organización, liderazgo, comunicación, labor en equipo, liderazgo de equipo, situación, toma de decisiones, estrés, fatiga y entorno laboral<sup>18</sup>.

Asimismo, es importante el abordaje multidisciplinario con el fin de evitar las consecuencias que suponen la falta de seguridad del paciente, entre otros, un alto costo en la salud del usuario, un impacto significativo en los

trabajadores de salud implicados (disminución de la motivación y una pérdida de confianza) aparte de un alto costo económico y social<sup>19</sup>.

Por último, actualmente a nivel del Centro de Salud Aparicio Pomares no existen evidencias del trabajo o implementación de directivas para fortalecer la cultura de seguridad del paciente.

## **1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

### **1.2.1. PROBLEMA GENERAL:**

Se planteó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre la vinculación laboral y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018?

### **1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS:**

- ¿Cuál es la relación entre la vinculación laboral en la dimensión vigor y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018?
- ¿Cuál es la relación entre la vinculación laboral en la dimensión dedicación y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018?
- ¿Cuál es la relación entre la vinculación laboral en la dimensión absorción y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018?

### **1.3. OBJETIVO GENERAL.**

- Determinar la relación entre la vinculación laboral y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.



#### **1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Establecer la relación entre la vinculación laboral en la dimensión vigor y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.
- Valorar la relación entre la vinculación laboral en la dimensión dedicación y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.
- Evaluar la relación entre la vinculación laboral en la dimensión absorción y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.

## **1.5. TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN.**

El desarrollo de esta investigación tuvo el propósito de otorgar conocimiento a las altas direcciones del sector regional de salud en concordancia con la seguridad del paciente mediante la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en atención primaria y de la asociación con el constructo de vinculación en el trabajo bajo la perspectiva de salud familiar y comunitaria.

Además, está el de incorporar a la agenda de los equipos del personal de salud familiar y comunitaria, objetivos y actividades encaminadas a la mejora de la seguridad del paciente.

### **1.5.1 TEÓRICA**

La seguridad de los pacientes se configura en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se ofrece. De ahí la importancia de analizar la magnitud que posee el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y avanzar en acciones que garanticen una práctica segura. Se trata de un compromiso que debe ser de todas las organizaciones de salud, personal de salud y de la comunidad para un cuidado seguro y de calidad.

Del mismo modo, nuestros resultados servirán para revisar, desarrollar o apoyar conceptos y definiciones en futuros estudios.

### **1.5.2. TÉCNICA O PRÁCTICA**

Nuestra investigación ayuda a conocer la cultura de seguridad del paciente en el ámbito de atención primaria desde el nivel I-1 hasta el nivel I-4, y a la vez nos permite tomar las decisiones e iniciativas pertinentes que busquen favorecer una cultura con sus correspondientes principios, que incluya la participación del personal de salud.

### **1.5.3. ACADÉMICA O INFORMATIVA**

La seguridad del paciente en las Instituciones Prestadoras de Salud de atención primaria corresponde un tema de gran relevancia, se ha determinado que la falta de seguridad del paciente es un problema relevante, frecuente y no resuelto, que ha dado lugar a importantes líneas de trabajo en el ámbito académico.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Se consideraron:

##### **A nivel internacional**

En México, en el año 2017, Ramírez y Pedraza<sup>20</sup> llevaron a cabo un estudio con el objetivo de identificar la percepción sobre clima y cultura de seguridad, y determinar la prevalencia de eventos adversos en profesionales de enfermería de un establecimiento de primer nivel. Estudio transversal, prospectivo y descriptivo, realizado en una clínica de medicina familiar de México. Aplicaron un cuestionario Hospital survey on patient safety culture. Dentro de sus resultados, informaron la participación de 27 profesionales de enfermería, donde el 15% manifestó un clima de seguridad del paciente entre excelente y muy bueno. El 66,7% refirió no haber notificado ningún evento adverso.

En España, Merino, Carrera, Roca, Morro, Martínez y Fikri<sup>21</sup> desarrollaron un estudio con el objetivo de analizar la relación entre la cultura de seguridad y la satisfacción laboral en un hospital, mostrar las asociaciones existentes entre las dimensiones que definen ambos constructos y determinar las dimensiones con mayor impacto sobre las dos variables. Estudio transversal realizado en 2015, empleando la Encuesta de Satisfacción Laboral del Servicio Vasco de Salud y la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety. Mostraron los resultados: La satisfacción laboral media fue de 7,21 y la seguridad percibida de 7,48. El percentil 75 de la en

ambos casos fue 9. Obtuvieron numerosas correlaciones significativas y asociaciones cruzadas entre las dimensiones que explican ambos constructos, así como entre el nivel de satisfacción de las dimensiones contempladas y las variables resultado.

En el año 2014, Saura, Sebastián, Martínez, Martínez y Leal<sup>22</sup> efectuaron un estudio con el objetivo de determinar las causas específicas de los errores médicos percibidos por los residentes de cinco promociones de Medicina Familiar y Comunitaria (mfyc) de Murcia, España. Estudio descriptivo, analítico y transversal acerca de errores médicos recogidos mediante encuesta, realizada en los centros de salud de dos Unidades Docentes de mfyc. Por medio de una pregunta abierta se averiguó sobre el último error médico que habían identificado y reconocido. Los datos se analizaron empleando la clasificación de incidentes por causas del Estudio regional de incidentes emanados de la atención. Asistieron a los cinco cursos 169 del total de residentes (174), y completaron la encuesta 165 (tasa de respuesta del 97,6%); el 94,6% reconoció haber cometido errores. De los que respondieron, 132 describían el último error cometido (80%).

También, en España, en el año 2013, Escobar, Gómez, Ignacio, Rodríguez, Moreno, Fuentelsaz, et al<sup>17</sup> realizaron un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el entorno laboral y el Burnout del profesional de enfermería con la calidad de atención para la seguridad del paciente, mostrados en los nosocomios del Sistema Nacional de Salud concordantes con los estudios SENECA y RN4CAST. Estudio descriptivo a través del análisis secundario en el que se comparan datos de 984 historias clínicas de pacientes, 1469 encuestas a pacientes y 1886 encuestas a profesionales del

estudio SENECA, con 2139 encuestas a enfermeras del estudio RN4CAST en los 24 hospitales. Con instrumento para el ambiente laboral utilizaron el Nursing Work Index y para el Burnout, el Maslach Burnout Inventory. Encontraron una relación estadísticamente significativa del dolor con la dotación y adecuación de recursos ( $r = -0,435$ ;  $p = 0,03$ ) y la infección nosocomial con fundamentos enfermeros para unos cuidados de calidad ( $r = -0,424$ ;  $p = 0,04$ ) y con participación de la enfermera en cuestiones del hospital ( $r = -0,516$ ;  $p = 0,01$ ). La clasificación del hospital según el Nursing Work Index se asocia con la percepción de seguridad por parte de los pacientes ( $r = 0,66$ ;  $p < 0,01$ ). La percepción se ve asociada con los cinco factores del Nursing Work Index ( $r=0,41$ ;  $p < 0,046$ ) y con el agotamiento emocional del Maslach ( $r = -0,518$ ;  $p = 0,01$ ).

En México, en el 2009, Fajardo-Dolci, Rodríguez-Suárez, Arboleya-Casanova, Rojano-Fernández, Hernández-Torres y Santacruz-Varela<sup>23</sup> realizaron un estudio transversal y descriptivo con el objetivo de valorar el nivel de cultura sobre la seguridad del paciente entre el personal de salud a través de una encuesta a 174 trabajadores de la salud, en la que se estudiaron datos demográficos, frecuencia y número de eventos. Encontraron una percepción global sobre la seguridad de 51,0%. La dimensión más baja fue la comunicación (38,0%) y la más alta el aprendizaje organizacional (68,0%).

### **A nivel nacional**

Martínez<sup>24</sup> realizó un estudio con el objetivo de analizar la cultura de seguridad del paciente, en enfermeros que laboran en el Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo-Lima, 2015. Estudio cuantitativo, método descriptivo. En 45 enfermeras se aplicó la

encuesta de seguridad del paciente. Como resultados, encontró que las dimensiones con respuestas positivas fueron respuesta no punitiva a los errores con 68,9%, aprendizaje organizacional para la mejora continua con 55,6%, trabajo en equipo dentro del servicio con 53,3% y acciones del supervisor o jefa para promover la seguridad de los pacientes, con 51,1%. Las dimensiones con valoraciones negativas fueron, el grado de apertura de la comunicación con 88,9%, comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad con 66,7%, suficiente disponibilidad y acción y problemas en las transferencias de pacientes o cambios de turno, alcanzaron el 57,8% cada uno.

Asimismo, en el Perú, en el año 2014, Alvarado<sup>25</sup> realizó un estudio con el objetivo de determinar las asociaciones existentes entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente del Centro Médico Naval con la finalidad de generar alternativas viables. Utilizó la escala de Clima Organizacional de Carlos Cáceres y el Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Surveyon Patient Safety de España. Consideró una muestra de 234 personas entre médicos y enfermeras. Los resultados mostraron que el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente se encuentran asociados significativamente, asimismo se ha hallado que los médicos perciben mejor el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que los profesionales de enfermería.

### **A nivel local**

En Huánuco-Perú, Espinoza<sup>26</sup> realizó un estudio con el objetivo de establecer la percepción del enfermero sobre la cultura de seguridad del

paciente. Llevó a cabo un estudio descriptivo simple, considerando 82 profesionales de enfermería del Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco, en el año 2014. Utilizó una escala sobre cultura de seguridad del paciente. Halló que un 95,1% (78 enfermeros) indicaron una percepción media de la cultura de seguridad del paciente, igualmente presentaron nivel de percepción media del 87,8% en resultados de la cultura de seguridad; 97,6% en cultura de seguridad a nivel del servicio y 80,5% en cultura de seguridad a nivel de todo el hospital. Mediante la prueba Chi cuadrada se encontró diferencias significativas entre estas frecuencias ( $p \leq 0,000$ ).



## **2.2. BASES TEÓRICAS**

Los cimientos teóricos de nuestra investigación se asientan en dos teorías:

### **2.2.1. La teoría de la identidad social**

En esencia, esta teoría sugiere que los individuos tienden a ampliar su autoestima a través de la identificación con la totalidad de los grupos sociales específicos a los que se encuentran involucrados y buscando además que sean apreciados de forma positiva, en semejanza con los otros grupos. En forma específica, de acuerdo con Gómez<sup>27</sup>, dentro de esta teoría se considera de forma muy importante el vocablo de la categorización, referida éste como un proceso ordenado y simple de la realidad social. Es la tendencia a clasificar la realidad social en dos categorías muy separadas: nuestro endo-grupo (“nosotros”) y varios exo-grupos (“ellos”). Y es a través de dicha línea como los sujetos diseñan su identidad social, forjando más comprensible su opinión del mundo social. El proceso de la categorización, además, realza las disimilitudes entre categorías diferentes y aumenta las similitudes entre las partes que incumben a una misma categoría, en otras palabras, disminuye las diferencias dentro de esa categoría.

La identidad social se estructura entonces por el involucramiento a un grupo; si es positiva o negativa estará en función de la evaluación que el sujeto realice de su grupo en comparación con otros grupos. De ahí que es fundamental el proceso de comparación social, donde los individuos tienden a auto-compararse con otros. Es decir, la comparación social no sólo contempla ser diferente, sino además que hay que lograr ser mejor<sup>27</sup>.

Como resultado, los grupos se encuentran en competencia por una identidad social positiva mediante una diferenciación con distintos grupos en la cual salgan favorecidos<sup>27</sup>.

La Teoría de la identidad social, avanza a partir de la investigación del Paradigma del Grupo Mínimo, que puso en mérito la tendencia al favoritismo hacia el mismo grupo, como una tendencia de conducta inter-grupal para lograr una identidad social positiva en las distinciones entre grupos<sup>28</sup>. Este paradigma muestra que la mera categorización, origina favoritismo endo-grupal. Así, los ensayos revelaron que los sujetos se agitan por establecer la mayor diferencia posible en el compartimiento de recursos entre su mismo grupo y el exo-grupo, lo cual supone una exclusión social de este otro grupo<sup>27</sup>.

Por tanto, asumimos que el individuo persevera por mejorar su autoestima a través de la identificación con un grupo. La institución debe propiciar intervenciones sobre la seguridad y fomentar la creación de redes seguras para el involucramiento de los individuos. También debe favorecer la preparación de profesionales y equipos.

### **2.2.2. La teoría de la Autocategorización**

La Teoría de la identidad social prosiguió su desarrollo con la Teoría llamada Autocategorización de Turner et al.<sup>29</sup>. Tal como explicamos en la teoría de la identidad, la autocategorización corresponde a un proceso cognitivo y sus contribuciones respecto de aquella se refieren igualmente en términos cognitivos.

Según Morales<sup>30</sup>, tres son las contribuciones más significativas de esta teoría. En primer lugar se encuentra el proceso de despersonalización, que surge al categorizarse el sujeto a sí misma como parte de su grupo. Cuando

esto se da, deja de considerarse como alguien único y distinto al resto y se siente igual que el conjunto de individuos de su grupo, semejante a ellas. En segundo lugar tiene que ver con la diferenciación de tres niveles de categorización del Yo (inter-personal, inter-grupal e inter-especies) la cual es antagónica, es decir, cuando uno de los niveles se encuentra en acción, los otros dos permanecen inhibidos. Además, la situación se asocia en los niveles de categorización; de forma que si una situación hace saliente un grupo al que corresponde la persona, se operativiza el nivel intermedio, y el sujeto ya no piensa en sí misma como ser unitario y pasa a verse como parte de ese grupo; esto quiere decir, que la identidad social predominará sobre la personal. La última aportación relevante es la concepción de prototipo, comprendido como el individuo que mejor representa la posición del grupo en determinada dimensión significativa para el grupo. Así, en concordancia con esta teoría, se conceptualiza a los individuos del propio grupo o de otros grupos como prototipo. En la medida en que cada uno de ellos se acerque más o menos a esa posición, más o menos admirados e influyentes serán.

Por lo tanto, mencionamos que la persona se identifica con distintos grupos (microculturas) y renegocia de manera permanente su identidad. La institución debe fomentar el refuerzo positivo, estímulos del trabajo en seguridad, la publicidad de los programas en pro de la seguridad y debe fortalecer la autoestima de aquellos que trabajan para desarrollarla, limitando las posibles consecuencias en forma negativa que pueden derivarse de las barreras para la implantación de la cultura de seguridad.

### **2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.**

#### **2.3.1. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE**

### **2.3.1.1. DEFINICIONES**

La cultura de seguridad del paciente se refiere al modo de pensar acerca de la seguridad del paciente y la forma en que se implementa en una institución. Las instituciones organizativas cuando tiene una cultura positiva comparten la percepción de lo significativo de la seguridad y descansan su confianza en la eficacia de las intervenciones preventivas<sup>31</sup>.

La agencia para la investigación y calidad en salud de los Estados Unidos<sup>32</sup>, ha conceptualizado la cultura de la seguridad del paciente como: “El producto de los valores personales y grupales, que establecen la manera de actuar y el modo y eficiencia de una institución de salud en el manejo de la seguridad. Sus dimensiones son las percepciones de seguridad; el conteo de eventos reportados; y el nivel de seguridad general del usuario”.

De acuerdo al estudio Seguridad del paciente en siete pasos, de la Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA)<sup>33</sup>, el primer paso a efectuar en pro de la Seguridad, es “implementar una cultura de seguridad del paciente”, y para que esto se ponga en práctica, cada una de los sujetos de la institución debe tener en cuenta: sus compromisos con la seguridad del paciente y dirigirse a mejorar los cuidados que proporciona; también debe tener presente que durante la atención pueden presentarse errores, pero si la cultura de la organización es sólida en la seguridad, los individuos son estimuladas a conversar libremente sobre los errores e incidentes acontecidos.

Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, “constituye el entorno de despliegue de las intervenciones de seguridad del paciente, las

cuales deben darse en un ambiente de confidencialidad y de confianza entre ellos, el personal de salud y la comunidad”<sup>34</sup>.

Para comprender este constructo Scott-Cawiezell y colaboradores, citado por Ordoñez<sup>35</sup> precisaron que una cultura de seguridad con justicia, es aquel “ambiente favorable al diálogo, abierto, con el propósito de favorecer prácticas más seguras en la atención de salud”.

Las autoras Sammer, Lykens, Singh, Mains y Lackan<sup>36</sup> exponen que la cultura de seguridad corresponde a un fenómeno muy complejo que en la práctica profesional cotidiana no es sencillo de operacionalizar, que debe analizarse permanentemente dentro de las instituciones y sistemas de salud a nivel mundial.

Y, en el Perú, según la directiva sanitaria N° 003-IGSS/V.01<sup>37</sup>, se conceptualiza la cultura de seguridad del paciente como el patrón compuesto por comportamiento personal y de la organización, sostenido en creencias y valores compartidos, que indaga consecutivamente disminuir al mínimo el daño que podría sufrir el paciente como producto de los procesos de cuidados en salud.

### **2.3.1.2. PRINCIPIOS**

La Agencia Nacional de Seguridad del Paciente<sup>33</sup> reafirma tres principios claves en el accionar de una cultura de seguridad del paciente:

- a. Fomentar una conciencia activa y bajo vigilancia para contemplar los errores e incidentes, ilustrarse de ellos y determinar gestiones de mejoramiento.

- b. Una cultura libre y justa en donde se comparte abiertamente información con los pacientes y sus familiares, promoviendo una atención justa para el trabajador cuando se muestra un incidente.
- c. Un enfoque sistémico de seguridad: estimar que las causas de un evento de seguridad del usuario no pueden ser simplemente asociadas a las intervenciones personales del trabajador de salud frente a esto. Todos los incidentes se encuentran también relacionados con el sistema en donde el personal de salud trabaja.

### **2.3.1.3. DIMENSIONES**

Se conceptualiza que dicha cultura es un constructo compuesto por dimensiones o subculturas, las que a continuación definimos<sup>36,38</sup>

- Aspectos asociados con la seguridad del paciente y calidad: Refleja las cosas que pueden suceder en los centros de salud que dañan a la calidad y la seguridad de la atención.
- Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales: Insta con qué frecuencia el centro de salud ha tenido inconvenientes en la reciprocidad de la información, precisa, integra y oportuna con otras unidades externas (laboratorios, centros de diagnóstico por imagen, especialistas).
- Trabajo en equipo: Establece el respeto, las interrelaciones laborales y el compromiso con los otros en la carga de trabajo dentro del trabajo en equipo.
- Ritmo y carga de trabajo: Se refiere a las distracciones y el volumen de la actividad laboral.

- Formación del personal sanitario: Manifiesta cómo el centro asistencial asegura que el trabajador de salud son capacitados en aquello que se les solicita ejecutar.
- Formación del personal no sanitario: Refleja cómo la institución asegura que el trabajador no sanitario son instruidos respecto que se les solicita hacer.
- Procedimientos establecidos en el centro: Determina procedimientos, procesos, flujos de la actividad laboral y estandarización.
- Comunicación abierta entre el personal: Refleja la apertura del equipo de salud para enunciar su opinión y tener en cuenta a los demás.
- Seguimiento de la atención a los pacientes: Evalúa el proceso de seguimiento de los usuarios en el centro.
- Comunicación sobre el error: Evidencia la apertura del personal de salud para admitir los errores y discutirlos con el equipo.
- Aprendizaje organizacional: Ilustra el grado de aprendizaje que se presenta después de un incidente en la organización, y el trabajo para corregir esos problemas.
- Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad: Establece cómo valora el trabajador de salud, en forma global, la calidad asistencial y la seguridad del paciente de su centro laboral.

## **2.2.2. VINCULACION LABORAL**

### **2.2.2.1. DEFINICIONES**

La vinculación laboral es un constructo que se origina de la psicología positiva, es decir estudia el funcionamiento óptimo de las personas en lugar de dirigirse en las áreas negativas del comportamiento y en el mal proceder de las personas.

El vocablo vinculación laboral fue citado por primera vez por Kahn en 1990<sup>39</sup>, quien observó que muchos trabajadores mostraban conductas altamente energéticas y con motivación hacia su trabajo, y esto no lograba ser aclarado por conceptos como compromiso institucional, liderazgo o la motivación. Es así como se conceptualiza la vinculación laboral como la conducta donde un sujeto utiliza y se pronuncia a sí misma física, emocional y mentalmente durante su actividad laboral. Para este autor, un individuo se encuentra con vinculación laboral cuando se muestra físicamente involucrada, con conocimiento vigilante y psicológicamente conectado.

Varios investigadores definen el vínculo laboral como un constructo integralmente opuesto al síndrome de Burnout, donde la energía se transforma en agotamiento, la participación en cinismo y la eficacia en ineficacia<sup>40</sup>.

Por su parte, Schaufeli, Salanova, González y Bakker<sup>41</sup> precisan vinculación laboral como “un estado psicológico positivo, satisfactorio y asociado con la actividad laboral, representado por vigor, dedicación y absorción. Más que un estado específico y momentáneo, la vinculación laboral se evidencia como un estado afectivo – cognitivo más perseverante e influyente, que no se encuentra enfocado sobre un objeto, evento, persona o comportamiento en particular. Por ejemplo, el vigor se caracteriza por una



enorme voluntad de ofrecer esfuerzo a la actividad laboral y la persistencia ante los problemas. Asimismo, la dedicación, se refiere a estar fuertemente inmiscuido en el campo de trabajo y percibir una sensación de entusiasmo, orgullo, inspiración, significado y reto. Y, la absorción se caracteriza por encontrarse totalmente concentrado y felizmente involucrado en el campo laboral, de tal forma que el tiempo pasa rápidamente y se experimenta enfado por no tener que laborar”.

Además, Kahn<sup>39</sup> halla tres condiciones mentales que influyen en la presencia de vinculación laboral, las cuales son: a) Plenitud psicológica, o idea de recompensa al inmiscuirse de forma intensa en el trabajo. b) Seguridad psicológica, o seguridad de vincularse con el trabajo sin sufrir percances negativos para la autoimagen. c) Disponibilidad mental, es contar con los elementos personales muy necesarios para el desempeño laboral.

Según Bakker<sup>42</sup> existen cuatro justificaciones por las cuales el trabajador con vinculación laboral presentan un mejor desempeño laboral: suelen sentir emociones positivas, conteniendo felicidad, y entusiasmo; experimentan mejor salud mental y física; diseñan su propio trabajo y sus elementos personales, como soporte social de otros; y transmiten su compromiso con otros.

Y, por su parte, Maslach y Leiter<sup>43</sup> explicaron que, muchas veces, al empezar un trabajo nuevo, los trabajadores se sienten llenos de energía y listos para comenzar, comprometerse y esforzarse con su trabajo, pues hallan significativas sus actividades laborales, y esta sensación de compromiso que van ganando a razón de la ejecución de estas actividades los convierte en competentes y eficaces. Este compromiso con la actividad laboral y sus

consecuencias positivas hacia el trabajador son el cimienta de los estudios de vinculación laboral.

#### **2.2.2.2. DIMENSIONES O COMPONENTES**

A continuación se mencionan tres componentes constitutivos de la vinculación laboral<sup>41,44,45</sup>:

- **Vigor:** El vigor se describe como el alto grado de energía y resistencia psicológica en el momento del trabajo. La actividad laboral es percibido como un modo de vida estimulante y energética.
- **Dedicación:** La dedicación comprende estar totalmente involucrado en la actividad laboral y experimentar sentimientos de importancia y entusiasmo, así como de orgullo, inspiración y reto por la función que se efectúa.
- **Absorción:** La absorción corresponde a la tenencia de una absoluta concentración y una fascinación con el campo laboral. El sujeto tiene la sensación de que el tiempo “vuela” y simplemente se deja “llevar” por lo que realiza.

## 2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

### a. HIPOTESIS GENERAL:

**Ho:** La vinculación laboral no se relaciona con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.

**Ha:** La vinculación laboral se relaciona con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.

### a. HIPOTESIS ESPECÍFICAS:

**Ho<sub>1</sub>:** La vinculación laboral en la dimensión vigor no se relaciona con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.

**Ha<sub>1</sub>:** La vinculación laboral en la dimensión vigor se relaciona con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.

**Ho<sub>2</sub>:** La vinculación laboral en la dimensión dedicación no se relaciona con la cultura de seguridad del paciente en personal

de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.

**Ha<sub>2</sub>:** La vinculación laboral en la dimensión dedicación se relaciona con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.

**Ho<sub>3</sub>:** La vinculación laboral en la dimensión absorción no se relaciona con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.

**Ha<sub>3</sub>:** La vinculación laboral en la dimensión absorción se relaciona con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.

## **2.5. SISTEMA DE VARIABLES**

### **VARIABLE DE INTERES**

Cultura de seguridad del paciente.

### **VARIABLE ASOCIADA**

Vinculación laboral.

## 2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (DIMENSIONES E INDICADORES)

Variables	Dimensiones/indicadores	Valor Final	Tipo de variable	Escala de medición
<b>Variable de interés:</b> Cultura de seguridad del paciente	Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad	Alta Media Baja	Cualitativa	Ordinal
	Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales	Alta Media Baja	Cualitativa	Ordinal
	Trabajo en equipo	Alta Media Baja	Cualitativa	Ordinal
	Ritmo y carga de trabajo	Alta Media Baja	Cualitativa	Ordinal
	Formación del personal sanitario	Alta Media Baja	Cualitativa	Ordinal
	Formación del personal no sanitario	Alta Media Baja	Cualitativa	Ordinal
	Procedimientos establecidos en el centro	Alta Media Baja	Cualitativa	Ordinal
	Comunicación abierta entre el personal	Alta Media Baja	Cualitativa	Ordinal
	Seguimiento de la atención a los pacientes	Alta Media Baja	Cualitativa	Ordinal
	Comunicación sobre el error	Alta Media Baja	Cualitativa	Ordinal
	Aprendizaje organizacional	Alta Media Baja	Cualitativa	Ordinal
	Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad	Alta Media Baja	Cualitativa	Ordinal
<b>Variable asociada:</b> Vinculación laboral	Vigor	Muy alto Alto Medio Bajo Muy bajo	Cualitativa	Ordinal
	Dedicación	Muy alto Alto Medio Bajo Muy bajo	Cualitativa	Ordinal

	Absorción	Muy alto Alto Medio Bajo Muy bajo	Cualitativa	Ordinal
Variables de caracterización	Características generales	Edad en años	Cuantitativa	De razón
		Sexo: Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
		Estado civil: Casado Conviviente Soltero Viudo Separado	Cualitativa	Nominal
		Nivel de estudios: Especialización Maestría Doctorado Educación continuada (Cursos, diplomados, otros)	Cualitativa	Nominal
	Características laborales	Tipo de personal de salud: Médico Enfermería Obstetricia Personal técnico Otro	Cualitativa	Nominal
		Años de experiencia profesional	Cuantitativa	De razón
		Años de experiencia profesional en el servicio que se desempeña actualmente dentro de la institución	Cuantitativa	De razón

## CAPÍTULO III

### MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Correspondió a un estudio observacional, debido a que no existió manipulación de variables; transversal, porque la medición se realizó en un solo momento; prospectivo, porque se realizó la investigación en el tiempo presente y analítico, porque se consideró dos variables de análisis.

##### 3.1.1. ENFOQUE

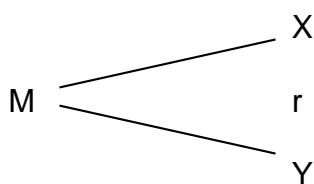
El enfoque del estudio de investigación fue cuantitativo, debido a que se tuvieron en cuenta en el análisis de los resultados, la estadística

##### 3.1.2. ALCANCE O NIVEL

En cuanto al nivel de investigación se ubicó en el nivel relacional.

##### 3.1.3. DISEÑO

El diseño del estudio fue el Diseño Correlacional como en el siguiente esquema:



Dónde:

**M** = Muestra

**X** = Variable asociada

**y** = Variable de interés

**r** = La relación entre las variables

## **3.2. POBLACION Y MUESTRA**

### **3.2.1. POBLACIÓN**

Estuvo constituida por la totalidad del personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares, siendo un total de 51 trabajadores asistenciales.

#### **3.2.1.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

##### **3.2.1.1.1. CRITERIOS DE INCLUSION**

- Personal de salud que desarrolla actividades de salud familiar y comunitaria (Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria - PROFAM).
- Personal de salud con aceptación del consentimiento informado.

##### **3.2.1.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Personal administrativo de la institución.
- Personal de salud contratado bajo cualquier modalidad.
- Personal de salud SERUMS

##### **3.2.1.2. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICO-TEMPORAL**

- **Ubicación en el espacio.** El estudio se efectuó en el Centro de Salud Aparicio Pomares, ubicado en el distrito, provincia y departamento de Huánuco.
- **Ubicación en el tiempo.** La duración del estudio fue durante los meses de noviembre del 2017 a junio del 2018.

### **3.2.2. MUESTRA**

- **Unidad de análisis**

Personal de salud.

- **Unidad de muestreo**

Igual de que la unidad de análisis.



- **Marco muestral**

Lista nominal por elaboración propia.

- **Tamaño de muestra**

Debido a que la población fue pequeña se consideró a la totalidad de ellos, es decir se trabajó con 51 trabajadores de la salud.

- **Tipo de muestreo**

No fue necesario, debido a que se consideró a la totalidad de la población.

### **3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

#### **a) TECNICAS**

Se tuvieron en cuenta las técnicas de encuesta para la medición de la variable cultura de seguridad del paciente y la psicometría para la medición de la variable vinculación laboral.

#### **b) INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS**

- **Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria:** la que estuvo constituida por los datos generales, laborales (elaboración propia) y aspectos relacionados a la cultura de seguridad del paciente, donde para ello utilizamos el instrumento denominado Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPSC), elaborado por Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud de España<sup>46</sup>. Este instrumento mide la cultura de la seguridad del paciente en atención primaria, comprende las dimensiones más relevantes junto con elementos importantes de calidad asistencial, presenta un

desarrollo psicométrico riguroso y se ha aplicado extensamente. El cuestionario MOSPSC estuvo constituido por 53 preguntas que miden 12 dimensiones del constructo de cultura de seguridad del paciente. Las sentencias estuvieron redactadas de forma que algunas expresan aspectos positivos y otros negativos, y las respuestas se presentan según una escala Likert de 5 o 6 opciones según el apartado. (Anexo 01).

La valoración categórica mediante las puntuaciones de la variable y sus dimensiones, fueron:

Cultura de seguridad del paciente

Alta = 204 a 278

Media = 128 a 203

Baja = 53 a 127

Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad

Alta = 40 a 54

Media = 24 a 39

Baja = 9 a 23

Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales

Alta = 18 a 24

Media = 11 a 17

Baja = 4 a 10

Trabajo en equipo

Alta = 15 a 20

Media = 9 a 14

Baja = 4 a 8

#### Ritmo y carga de trabajo

Alta = 15 a 20

Media = 9 a 14

Baja = 4 a 8

#### Formación del personal sanitario

Alta = 12 a 15

Media = 7 a 11

Baja = 3 a 6

#### Formación del personal no sanitario

Alta = 12 a 15

Media = 7 a 11

Baja = 3 a 6

#### Procedimientos establecidos en el centro

Alta = 19 a 25

Media = 12 a 18

Baja = 5 a 11

#### Comunicación abierta entre el personal

Alta = 15 a 20

Media = 9 a 14

Baja = 4 a 8

#### Seguimiento de la atención a los pacientes

Alta = 15 a 20

Media = 9 a 14

Baja = 4 a 8

#### Comunicación sobre el error

Alta = 23 a 30

Media = 14 a 22

Baja = 6 a 13

Aprendizaje organizacional

Alta = 12 a 15

Media = 7 a 11

Baja = 3 a 6

Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad

Alta = 15 a 20

Media = 9 a 14

Baja = 4 a 8

- **Escala de vinculación laboral:** fue evaluado mediante una escala reducida de la escala Utrecht (UWES) construida por Schaufeli y Bakker<sup>47</sup>. La UWES incluye tres sub-escalas que reflejan las dimensiones esenciales del vínculo laboral: Vigor, Dedicación y Absorción. Todos los ítems fueron calificados con una escala Likert de 7 puntos (0 = nunca, 6 = siempre) (Anexo 02).

La conversión cualitativa de la variable y sus dimensiones fueron dadas por las siguientes puntuaciones:

Vinculación laboral:

Muy alto = 82 a 102

Alto = 61 a 81

Medio = 40 a 60

Bajo = 20 a 39

Muy bajo = 0 a 19

Vigor:

Muy alto = 30 a 36

Alto = 22 a 29

Medio = 14 a 21

Bajo = 7 a 13

Muy bajo = 0 a 6

Dedicación:

Muy alto = 25 a 30

Alto = 19 a 24

Medio = 12 a 18

Bajo = 6 a 11

Muy bajo = 0 a 5

Absorción:

Muy alto = 30 a 36

Alto = 22 a 29

Medio = 14 a 21

Bajo = 7 a 13

Muy bajo = 0 a 6

### **c) VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

En primer lugar, se realizó la validación cualitativa, donde se tuvo en cuenta la validez de contenido mediante el juicio de seis expertos (Anexo 04), donde en forma unánime apreciaron en forma satisfactoria y sin observaciones el cuestionario de cultura de seguridad del paciente y la escala

de vínculo laboral. Los especialistas que conformaron este grupo de trabajo fueron: Médico epidemiólogo de la Red de Salud Huánuco (Guillermo Renjifo Ramos), Enfermera en Salud Pública responsable del Área de Gestión de Calidad en Salud de la Red de Salud Huánuco (Ofelia Tapia Laguna), Catedrático Investigador de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (Ewer Portocarrero Merino), Doctora en Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco (María Salcedo Zúñiga de Jaime), Doctora en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (Nancy Veramendi Villavicencios) y Doctora en Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán (Enit Villar Carbajal).

Y, en segundo lugar, a través de los resultados de una prueba piloto realizado en una muestra de 12 trabajadores de salud del Centro de Salud Potracancha durante los días 14 a 18 de mayo. Mediante estos resultados realizamos una validación cuantitativa, mediante el análisis de la confiabilidad con el coeficiente alfa de cronbach, donde para el cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria el resultado fue de 0,78 y para la escala de vinculación laboral fue 0,92, siendo estos resultados confiables.

### **3.4. PROCEDIMIENTO**

- **Autorización.** Se realizaron las coordinaciones pertinentes para la autorización del estudio, mediante una solicitud de permiso, la cual fue recepcionada y aceptada el 23 de mayo del presente año (Anexo 05).
- **Recursos.** Los recursos materiales y de servicio fueron abastecidos y financiados con recurso propios.
- **Capacitación.** Se realizó una capacitación sobre los objetivos y la selección de la población de estudio, para ello se contrataron los

servicios de dos trabajadores administrativos (técnicos en estadística) para la realización de la recolección de datos.

- **Aplicación de los instrumentos.** Para la aplicación de los instrumentos se reunió al personal de salud por su Unidad Productora de Servicio, donde se expuso los objetivos del estudio y la metodología para completar los instrumentos previo consentimiento informado (Anexo 03). Los datos fueron completados en forma individual en un tiempo promedio de 35 minutos, donde la recolección de los datos iniciaron el día 28 de mayo y finalizó el 08 de junio del presente año.

### **3.4. TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LA INFORMACIÓN**

#### **3.4.1. TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO**

Se consideraron las siguientes fases:

- Revisión de los datos, donde se tuvo en cuenta el control de calidad de los datos, con el fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
- Codificación de los datos. Se transformó en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumento, sobre todo para la variables cualitativas.
- Clasificación de los datos, Se realizó de acuerdo al tipo de variables y sus escalas de medición.
- Presentación de datos. Se presentó los datos en tablas académicas y en gráficos según las variables en estudio.

### **3.4.2. ANALISIS DE LA INFORMACION**

En el componente descriptivo de la información se utilizaron estadísticas de frecuencia y de porcentaje.

En la comprobación de la hipótesis se utilizó la Prueba de correlaciones de  $r$  de Pearson, con una probabilidad de significancia de 0,05. En todo el procesamiento de los datos se utilizó el software SPSS versión 22,0.

### **3.5. ASPECTOS ETICOS**

En el presente estudio de investigación cumplimos con los aspectos éticos garantizando la firma del consentimiento informado y la confidencialidad; cabe además, mencionar que a la fecha de efectuado este estudio el Centro de Salud Aparicio Pomares no contaba con comité de ética, por lo que se les solicitó la autorización por escrito para la realización del estudio.



## CAPITULO IV RESULTADOS

### 4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS

#### 4.1.1. CARACTERISTICAS GENERALES:

Tabla 01. Edad en años de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

Edad en años	Frecuencia	%
32 a 40	13	25,5
41 a 49	13	25,5
50 a 59	18	35,3
60 a 69	7	13,7
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

En cuanto a la edad en años, se encontró que gran parte de ellos (35,3%) presentaron edades entre 50 a 59 años, seguido por 25,5% con edades entre 32 a 40 y 41 a 49 años, cada una, y un 13,7% se ubicaron entre 60 a 69 años.

Tabla 02. Sexo de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Masculino	11	21,6
Femenino	40	78,4
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

Frente a la variable sexo, se evidenció que más del 50,0% es decir 78,4% constituyeron al sexo femenino y solo el 21,6% que representaron a 11 profesionales fueron de sexo masculino.

Tabla 03. Estado civil de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Estado civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Casado	29	56,9
Conviviente	5	9,8
Soltero	9	17,6
Viudo	2	3,9
Separado	6	11,8
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

Respecto al estado civil, se observó que muchos de ellos (56,9%) se encontraban con la condición de casado, en cambio, el 17,6% fueron solteros, el 11,8% se encontraban separados, asimismo, el 9,8% fueron convivientes y un 3,9% tuvieron la condición de viudez.

Tabla 04. Nivel de estudios de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Nivel de estudios</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Especialización	11	21,6
Maestría	5	9,8
Educación continuada	35	68,6
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

Concerniente al nivel de estudios, se encontró que gran parte de ellos (68,6%) presentaron estudios de educación continuada, es decir contaban con diplomados, seguido por 21,6% con grado de especialización y un 9,8% se encontraban con grado de maestría.

#### 4.1.2. CARACTERISTICAS LABORALES:

Tabla 05. Tipo de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

Tipo de personal de salud	Frecuencia	%
Médico	2	3,9
Enfermería	17	33,3
Obstetricia	9	17,6
Psicólogo	1	2,0
Nutricionista	1	2,0
Personal técnico asistencial	21	41,2
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

Referente al tipo de personal de salud, se encontró que el mayor porcentaje (41,2%) fueron personal técnico asistencial conformado por las profesiones de técnico en enfermería, técnico en nutrición, técnico en laboratorio y técnico en farmacia, seguido por 33,3% con la profesión de enfermería, el 17,6% fueron representados por obstetricia y asimismo, existieron profesionales como médico, psicólogo y nutricionista.

Tabla 06. Años de experiencia profesional de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Años de experiencia profesional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
5 a 14	20	39,2
15 a 24	12	23,5
25 a 34	13	25,5
35 a 43	6	11,8
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

Con respecto a años de experiencia profesional, se encontró que gran parte de ellos (39,2%) presentaron tiempo de servicio entre 5 a 14 años, seguido por 25,5% entre 25 a 34 años, el 23,5% entre 15 a 24 años y solo un 11,8% tuvieron tiempo de experiencia entre 35 a 43 años.

Tabla 07. Años de experiencia profesional en el servicio que labora de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Años de experiencia profesional en el servicio que labora</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
0 a 9	27	52,9
10 a 19	8	15,7
20 a 29	11	21,6
30 a 38	5	9,8
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

Asimismo, respecto a los años de experiencia profesional en el servicio que labora, se encontró que varios de ellos (52,9%) presentaron años de experiencia entre 0 a 9 años, seguido por 21,6% entre 20 a 29 años, asimismo el 15,7% indicaron tiempo laboral entre 10 a 19 años y un 9,8% entre 30 a 38 años.

#### 4.1.3. CARACTERISTICAS DE VINCULACION LABORAL:

Tabla 08. Vinculación laboral en la dimensión vigor de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Vigor</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Muy alto	26	51,0
Alto	20	39,2
Medio	5	9,8
Bajo	0	0,0
Muy bajo	0	0,0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de vinculación laboral (ANEXO 02).

En cuanto a la vinculación laboral en la dimensión vigor del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que la mayoría (51,0%) refirieron la categoría del muy alto, asimismo un 39,2% se ubicaron en la categoría alto y sin embargo un 9,8% se posicionó en la categoría media.



Tabla 09. Vinculación laboral en la dimensión dedicación de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Dedicación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Muy alto	32	62,7
Alto	13	25,5
Medio	6	11,8
Bajo	0	0,0
Muy bajo	0	0,0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de vinculación laboral (ANEXO 02).

Concerniente a la vinculación laboral en la dimensión dedicación del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que muchos de ellos (62,7%) indicaron la categoría del muy alto, asimismo un 25,5% respondieron la categoría alto y en cambio un 11,8% manifestaron la categoría media.

Tabla 10. Vinculación laboral en la dimensión absorción de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Absorción</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Muy alto	24	47,1
Alto	22	43,1
Medio	5	9,8
Bajo	0	0,0
Muy bajo	0	0,0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de vinculación laboral (ANEXO 02).

Con respecto a la vinculación laboral en la dimensión absorción del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que un 47,1% refirieron la categoría del muy alto, asimismo un 43,1% se ubicaron en la categoría alto y sin embargo un 9,8% se posicionó en la categoría media.

Tabla 11. Vinculación laboral de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Vinculación laboral</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Muy alto	32	62,7
Alto	14	27,5
Medio	5	9,8
Bajo	0	0,0
Muy bajo	0	0,0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de vinculación laboral (ANEXO 02).

En general, en cuanto a la vinculación laboral del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que la mayoría (62,7%) calificaron la vinculación laboral como muy alto, asimismo un 27,5% refirieron la categoría alto y sin embargo un 9,8% consideraron la categoría media.

#### 4.1.4. CARACTERISTICAS SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Tabla 12. Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	37	72,5
Media	13	25,5
Baja	1	2,0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

En lo que se refiere a la cultura de seguridad en la dimensión aspectos relacionados con la seguridad del paciente y calidad del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que la mayoría (72,5%) la calificaron de alta, del mismo modo, un 25,5% la caracterizaron como media y uno de ellos se ubicó en la categoría baja.

Tabla 13. Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Intercambio de información con otros dispositivos asistenciales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	30	58,8
Media	16	31,4
Baja	5	9,8
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

Con respecto a la cultura de seguridad en la dimensión intercambio de información con otros dispositivos asistenciales del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que muchos de ellos (58,8%) indicaron grado de opinión alta, del mismo modo, un 31,4% manifestaron de grado medio y mientras que 9,8% mostraron un nivel bajo.

Tabla 14. Trabajo en equipo de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Trabajo en equipo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	16	31,4
Media	31	60,8
Baja	4	7,8
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

Respecto a la cultura de seguridad en la dimensión trabajo en equipo del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que muchos de ellos (60,8%) indicaron grado de opinión medio, mientras que un 31,4% manifestaron de grado alto y un 7,8% mostraron un nivel bajo.

Tabla 15. Ritmo y carga de trabajo de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Ritmo y carga de trabajo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	1	2,0
Media	41	80,4
Baja	9	17,6
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

Concerniente a la cultura de seguridad en la dimensión ritmo y carga de trabajo del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que varios de ellos (80,8%) revelaron grado de opinión medio, asimismo un 17,6% manifestaron baja cultura de seguridad y uno de ellos indicó alta seguridad del paciente.

Tabla 16. Formación del personal sanitario de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Formación del personal sanitario</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	7	13,7
Media	42	82,4
Baja	2	3,9
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

Referente a la cultura de seguridad en la dimensión formación del personal sanitario del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró gran parte de ellos (82,4%) con cultura de seguridad media, mientras que un 13,7% manifestaron alta cultura de seguridad y dos de ellos indicaron baja cultura de seguridad del paciente.



Tabla 17. Formación del personal no sanitario de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Formación del personal no sanitario</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	6	11,8
Media	45	88,2
Baja	0	0,0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

En lo concerniente a la cultura de seguridad en la dimensión formación del personal no sanitario del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se halló gran parte de ellos (88,2%) con una cultura de seguridad media y mientras que un 11,8% manifestaron alta cultura de seguridad al respecto.

Tabla 18. Procedimientos establecidos en el centro de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Procedimientos establecidos en el centro</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	7	13,7
Media	41	80,4
Baja	3	5,9
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

En lo que se refiere a la cultura de seguridad en la dimensión procedimientos establecidos en el centro del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró gran parte de ellos (80,4%) indicaron cultura de seguridad media mientras que un 13,7% manifestaron alta cultura de seguridad y un 5,9% indicaron baja cultura seguridad del paciente.

Tabla 19. Comunicación abierta entre el personal de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Comunicación abierta entre el personal</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	7	13,7
Media	41	80,4
Baja	3	5,9
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

En relación a la cultura de seguridad en la dimensión comunicación abierta entre el personal del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que la mayoría (80,4%) manifestaron una cultura de seguridad media mientras que un 13,7% declararon alta cultura de seguridad y un 5,9% indicaron baja cultura seguridad del paciente.

Tabla 20. Seguimiento de la atención a los pacientes de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Seguimiento de la atención a los pacientes</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	27	52,9
Media	21	41,2
Baja	3	5,9
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

Con respecto a la cultura de seguridad en la dimensión seguimiento de la atención a los pacientes del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que muchos de ellos (52,9%) indicaron cultura de seguridad del paciente alta, del mismo modo, un 41,2% manifestaron de grado medio y mientras que 5,9% mostraron un nivel de cultura de seguridad del paciente bajo.

Tabla 21. Comunicación sobre el error de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Comunicación sobre el error</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	10	19,6
Media	40	78,4
Baja	1	2,0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

Concerniente a la cultura de seguridad en la dimensión comunicación sobre el error del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que la mayoría (78,4%) manifestaron una cultura de seguridad media mientras que un 19,6% declararon alta cultura de seguridad y uno de ellos indicó baja cultura seguridad del paciente.

Tabla 22. Aprendizaje organizacional de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Aprendizaje organizacional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	20	39,2
Media	28	54,9
Baja	3	5,9
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

Frente a la cultura de seguridad en la dimensión aprendizaje organizacional del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que un 54,9% manifestaron una cultura de seguridad media mientras que un 39,2% declararon alta cultura de seguridad y un 5,9% la calificó de baja.

Tabla 23. Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Percepciones generales sobre la seguridad del paciente y la calidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	8	15,7
Media	42	82,4
Baja	1	2,0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

En lo que se refiere a la cultura de seguridad del paciente en la dimensión percepciones generales sobre la seguridad y la calidad del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que la mayoría del 82,4% manifestaron una cultura de seguridad media mientras que un 15,7% expresaron alta cultura de seguridad y uno de ellos la calificó de baja.

Tabla 24. Cultura de seguridad del paciente de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>Cultura de seguridad del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	7	13,7
Media	44	86,3
Baja	0	0,0
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria (ANEXO 01).

En general, respecto a la cultura de seguridad del paciente del personal de salud familiar y comunitaria en estudio, se encontró que un 86,3% refirieron una cultura de seguridad del paciente media y mientras que un 13,7% la calificó de alta.



## 4.2. ANÁLISIS INFERENCIAL

Tabla 25. Distribución normal de cultura de seguridad del paciente y vinculación laboral de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

<b>VARIABLES/DIMENSIONES</b>	<b>MEDIA</b>	<b>DESVIACIÓN ESTÁNDAR</b>	<b>KOLMOGOROV-SMIRNOV</b>	<b>SIGNIFICANCIA</b>
Cultura de seguridad del paciente	186,7	16,6	0,45	0,986
Vinculación laboral	81,9	13,4	1,01	0,263
Vigor	28,8	5,3	1,03	0,239
Dedicación	24,8	4,5	1,26	0,084
Absorción	28,2	4,9	0,95	0,329

Fuente: ANEXO 01 y ANEXO 02.

En cuanto a la prueba de normalidad se decidió por Kolmogorov-Smirnov debido al tamaño de la muestra respecto a la distribución de los datos. Se encontró significancia estadística de normalidad (P) mayor que el valor teórico de 0,05 en relación a todas las variables en estudio: Cultura de seguridad del paciente ( $0,986 \geq 0,05$ ); vinculación laboral ( $0,263 \geq 0,05$ ) con sus dimensiones Vigor, Dedicación y Absorción, todas con  $p \geq 0,05$ . Por lo tanto, tanto las variables y sus dimensiones siguen una distribución normal.

Tabla 26. Relación entre vinculación laboral en la dimensión vigor y la cultura de seguridad del paciente de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

Variables/dimensión	Cultura de seguridad del paciente	
	r de Pearson	Significancia
Vigor	0,3	0,022

Fuente: ANEXO 01 y ANEXO 02.

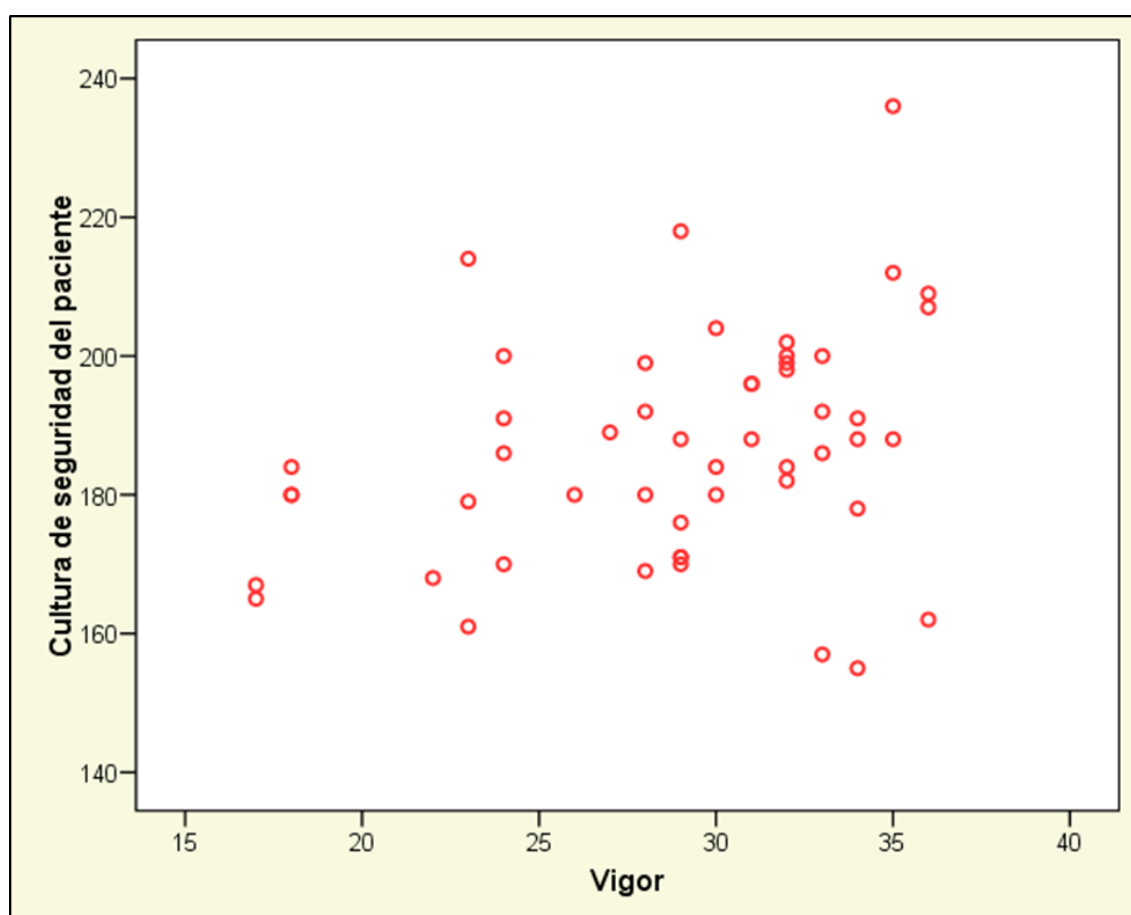


Figura 01. Dispersión de puntos de vinculación laboral en la dimensión vigor y la cultura de seguridad del paciente de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

Concerniente a la relación entre la vinculación laboral en la dimensión vigor y la cultura de seguridad del paciente, se consiguió un coeficiente de correlación de r Pearson de 0,3 y una  $p \leq 0,022$ , encontrando significancia estadística y se concluye que estas dos variables están relacionadas significativa estadísticamente (Tabla 26).

Del mismo modo, respecto a la dispersión de los puntos, se encontró una relación positiva ascendente donde los puntos se relacionan favorablemente y pudiendo afirmar que mientras la vinculación laboral en la dimensión vigor asciende también lo hace la cultura de seguridad del paciente (Figura 01).

Tabla 27. Relación entre vinculación laboral en la dimensión dedicación y la cultura de seguridad del paciente de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

Variables/dimensión	Cultura de seguridad del paciente	
	r de Pearson	Significancia
Dedicación	0,3	0,013

Fuente: ANEXO 01 y ANEXO 02.

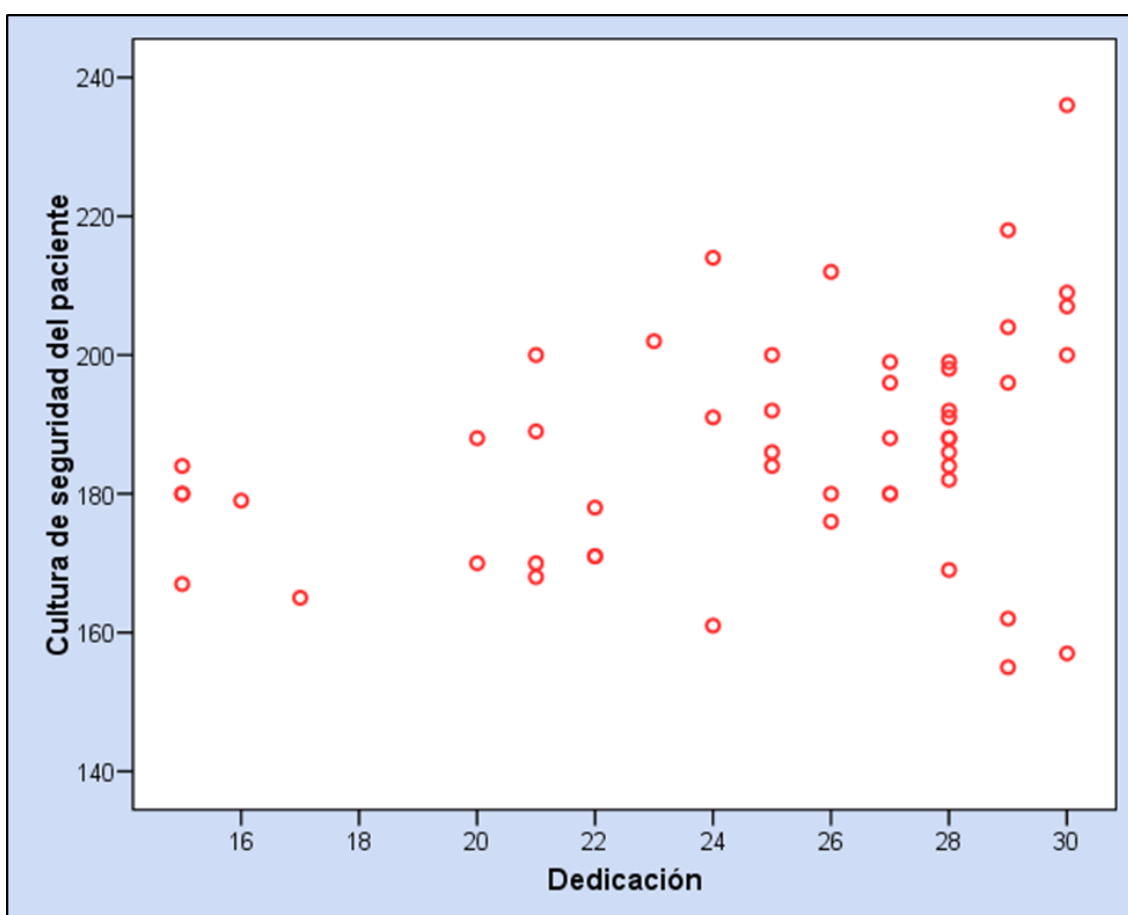


Figura 02. Dispersión de puntos de vinculación laboral en la dimensión dedicación y la cultura de seguridad del paciente de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

Referente a la relación entre la vinculación laboral en la dimensión dedicación y la cultura de seguridad del paciente, se obtuvo un coeficiente de correlación de r Pearson de 0,3 y una  $p \leq 0,013$ , encontrando significancia estadística y se concluye que estas dos variables están relacionadas significativa estadísticamente (Tabla 27).

Asimismo, respecto a la dispersión de los puntos, se encontró una relación positiva ascendente donde los puntos se relacionan favorablemente y pudiendo afirmar que mientras la vinculación laboral en la dimensión dedicación asciende también lo hace la cultura de seguridad del paciente (Figura 02).

Tabla 28. Relación entre vinculación laboral en la dimensión absorción y la cultura de seguridad del paciente de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

Variables/dimensión	Cultura de seguridad del paciente	
	r de Pearson	Significancia
Absorción	0,3	0,012

Fuente: ANEXO 01 y ANEXO 02.

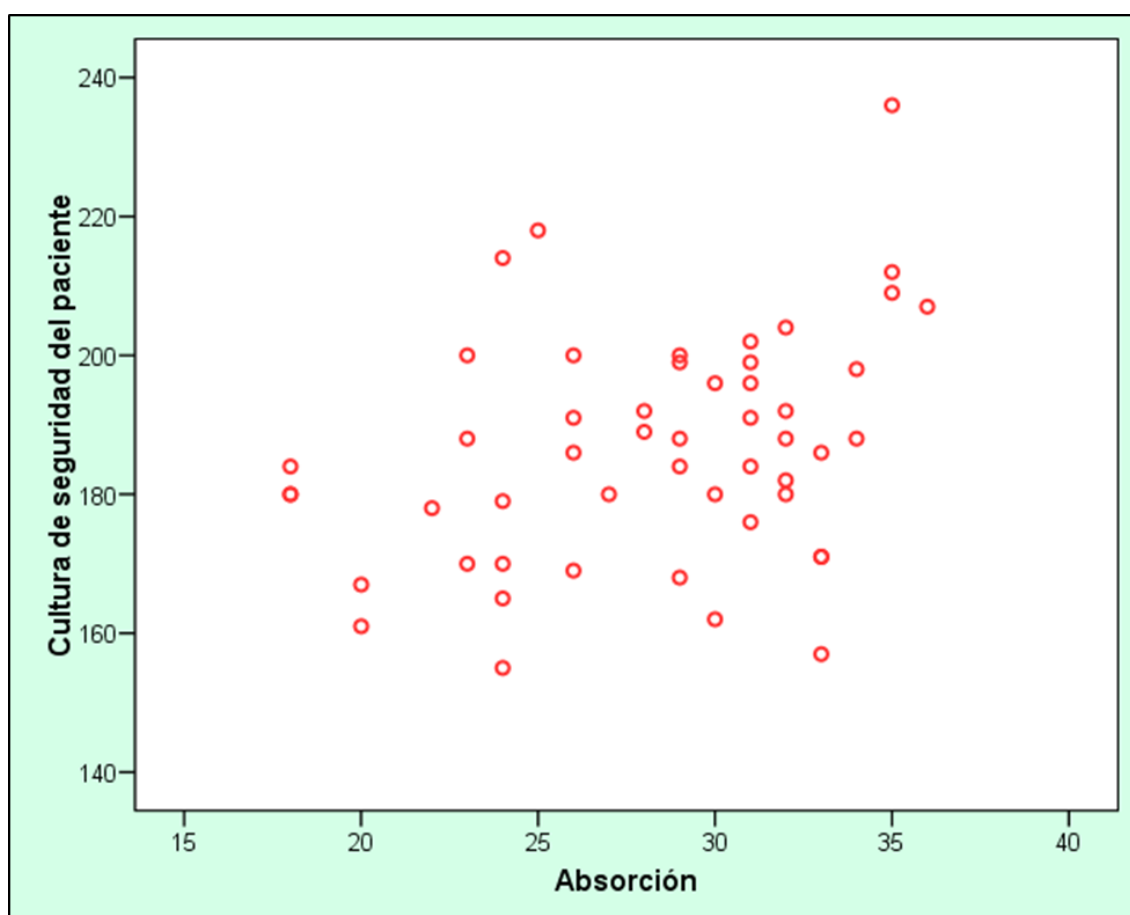


Figura 03. Dispersión de puntos de vinculación laboral en la dimensión absorción y la cultura de seguridad del paciente de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

En lo relativo a la relación entre la vinculación laboral en la dimensión absorción y la cultura de seguridad del paciente, se consiguió un coeficiente de correlación de r Pearson de 0,3 y una  $p \leq 0,012$ , encontrando significancia estadística y se concluye que estas dos variables están relacionadas significativa estadísticamente (Tabla 28).

Del mismo modo, respecto a la dispersión de los puntos, se encontró una relación positiva ascendente donde los puntos se relacionan favorablemente y pudiendo afirmar que mientras la vinculación laboral en la dimensión absorción asciende también lo hace la cultura de seguridad del paciente (Figura 03).

Tabla 29. Relación entre vinculación laboral y la cultura de seguridad del paciente de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018

Variables	Cultura de seguridad del paciente	
	r de Pearson	Significancia
Vinculación laboral	0,4	0,008

Fuente: ANEXO 01 y ANEXO 02.

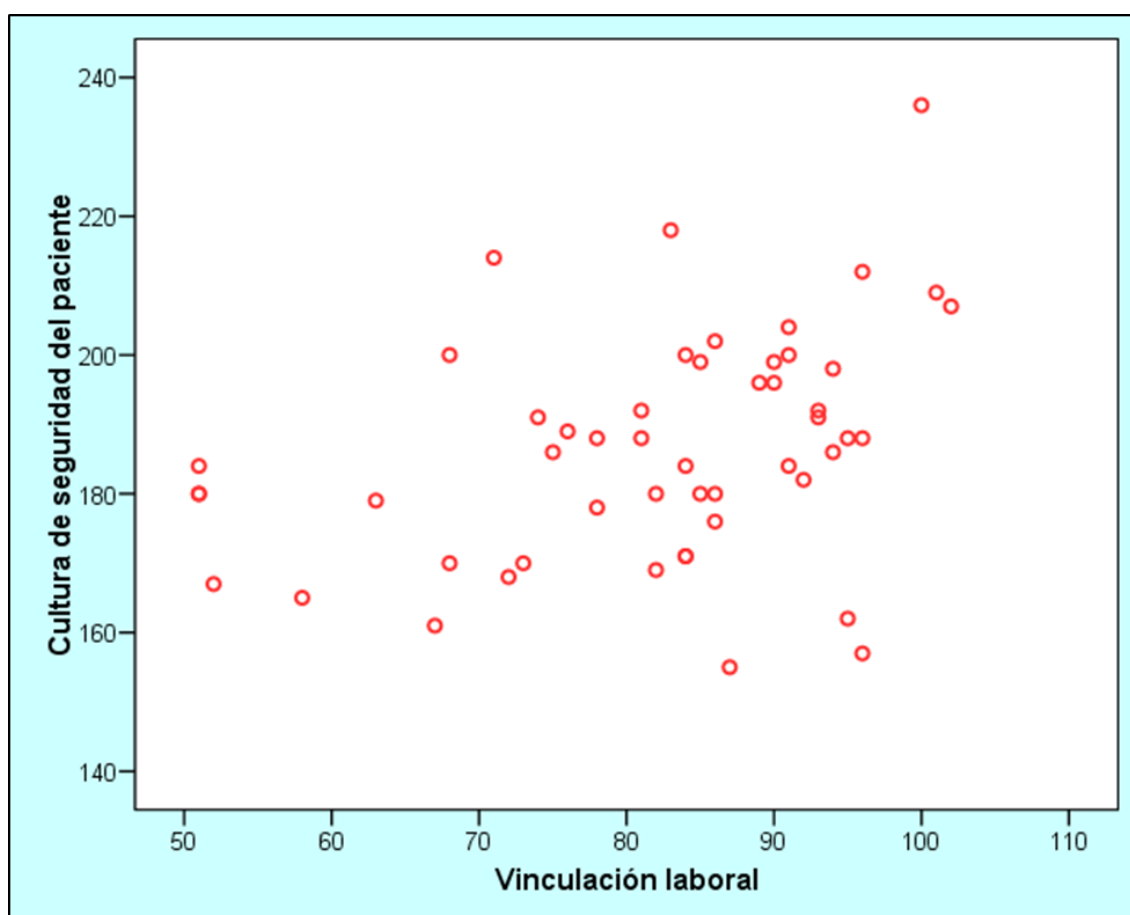


Figura 04. Dispersión de puntos de vinculación laboral y la cultura de seguridad del paciente de personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018



Y, en cuanto a la relación entre la vinculación laboral y la cultura de seguridad del paciente, se logró un coeficiente de correlación de r Pearson de 0,4 y una  $p \leq 0,008$ , encontrando significancia estadística y se concluye que estas dos variables están relacionadas significativa estadísticamente (Tabla 29).

Del mismo modo, frente a la dispersión de los puntos, se halló una relación positiva ascendente donde los puntos se relacionan favorablemente y consiguiendo afirmar que mientras la vinculación laboral asciende también lo hace la cultura de seguridad del paciente (Figura 04).

## **CAPITULO V**

### **DISCUSION**

#### **5.1. DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

En nuestra investigación hallamos que un 62,7% representados por 32 trabajadores de la salud calificaron su vinculación laboral como muy alto.

Al respecto, numerosos estudios muestran concordancia con nuestros hallazgos y confirman lo señalado.

Así tenemos a Fernández y Yáñez<sup>5</sup> quienes informaron de la existencia de evidencia sobre el vínculo laboral en el ámbito comunitario de Chile, concluyendo que enfermeras de atención primaria de salud comprenden su profesión como algo significativo, como parte integrante de su identidad, donde satisfacen su necesidad de ayudar, y donde valoran el vínculo afectivo con los pacientes como estrategia fundamental.

Asimismo, Sanclemente, Elboj y Íñiguez<sup>48</sup> comunicaron que las enfermeras presentaron altos niveles de vínculo laboral y congruencia entre las sub-escalas de la vida del trabajo y la institución, con la excepción de la sub-escala de justicia, debido a que estos profesionales perciben que la institución los trata de manera injusta.

En lo que respecta a la cultura de seguridad del paciente, encontramos que un 86,3% del personal de salud tuvieron una cultura de seguridad del paciente de nivel medio y un 13,7% la calificó de alta.

Al respecto, Vergara<sup>49</sup> halló que el 27,5% de los estudiados consideraron que se evidencia una excelente cultura de seguridad del paciente, el 48,0% bueno, el 18,6% aceptable y el 5,9% valoró que fue pobre.

También, Bolaños<sup>50</sup> concluyó que la cultura de seguridad del paciente fue calificada por la muestra como excelente o muy buena, distinguiéndose como principales fortalezas el apoyo a la dirección, la ausencia de problemas con los cambios de turno, el trabajo en equipo entre los servicios y el aprendizaje organizacional.

Por otro lado, encontramos que la vinculación laboral se relaciona significativamente con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria en estudio, con  $p \leq 0,008$ . Igualmente, la cultura de seguridad del paciente se relaciona significativamente con la vinculación laboral en la dimensión vigor ( $p \leq 0,022$ ), dedicación ( $p \leq 0,013$ ) y absorción ( $p \leq 0,012$ ).

En ese sentido, diversos estudios han revelado que el vínculo laboral tiene una relación directa con el desempeño laboral<sup>51</sup>, la predicción del clima organizacional y fidelidad al usuario, es decir cultura de seguridad del paciente<sup>52</sup>, mejora la valoración de desempeño intra y extrarrol, entre otros<sup>53</sup>. Asimismo se ha determinado el vínculo laboral como intermediario significativo entre los resultados personales (bienestar mental) y los recursos de la institución, con el propósito de sostener la calidad de atención cuyo impacto directo es para la seguridad del paciente<sup>54</sup>.

También, Pérez<sup>55</sup> informó la trascendencia y el efecto que puede tener un personal de salud con un nivel de vínculo laboral bajo y un estado de salud alterado, ya que el ejercicio será menor y las funciones no se desarrollaran con la eficacia adecuada afectando a la seguridad del paciente.

Diversas investigaciones ponen de manifiesto que el estrés y el bienestar personal son indicadores de las condiciones laborales de los enfermeros, y

que perjudican al rendimiento laboral, a la calidad de cuidados y a la seguridad del paciente<sup>56</sup>. Confirman la correlación negativa del vínculo laboral con la inestabilidad psicológica y acentúan la positiva influencia sobre la salud, la satisfacción laboral, la felicidad, el rendimiento laboral y por ende la seguridad del paciente<sup>57</sup>. Informan también que se deben ser sensatos de cómo implica el estrés y la insatisfacción laboral en la vitalidad del personal de salud, ya que su cuidado en los usuarios debe ser totalmente focalizado y segura<sup>58</sup>.

Igualmente, muchos autores afirman que las intervenciones dirigidas a aumentar la seguridad no solo deben tratar de minimizar los eventos adversos, sino que también deben mejorar el bienestar de los trabajadores, su satisfacción y su motivación (vínculo laboral)<sup>59</sup>.

Por lo tanto, se pusieron en evidencia resultados de números estudios de investigación que informan sobre la relevancia de un personal de salud cuya percepción de salud general sea adecuada junto con un buen nivel de vínculo laboral, para certificar que las actuaciones sobre el paciente se efectúen de manera sólida y previniendo o evitando los fallos o errores que pueden producir efectos adversos. Además, se mostraron resultados adecuados sobre el vínculo laboral y cultura de seguridad del paciente.

Nuestro resultados sobre la cultura de seguridad del paciente y la vinculación laboral componen un aporte disciplinar esencial, pues de forma inicial documentan y, luego, amparan las actividades que en este campo se llevan a cabo asociada a la práctica de atención primaria de salud.

Asimismo, como fortaleza del trabajo se enfatiza la novedad temática, ya que en la bibliografía profesional consultada no se encontraron publicaciones a nivel internacional, nacional y local.

Como limitación se reconoce lo siguiente, en la cultura de la seguridad del paciente se encuentran involucrados el personal sanitario y no sanitario. Es una limitación del presente estudio haber tenido en cuenta solo una parte de los trabajadores (personal de salud con atención de salud familiar y comunitaria). Asimismo, es una limitación el haberse desarrollado el estudio en una única IPRESS, por lo que es necesario llevar a cabo investigaciones similares en otras IPRESS públicas y también privadas para establecer si existen diferencias según estas.

Por último, como futuras líneas de investigación, en primer lugar sería, conveniente tratar de cumplir la limitación expuesta anteriormente.

Y, otra línea de investigación interesante y sobre la que no hay literatura revisada sería estudiar la relación entre vínculo laboral y la cultura de seguridad del paciente en los estudiantes de enfermería en el desarrollo de sus prácticas tanto clínicas como preventivo promocionales.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### CONCLUSIONES

Se concluye:

- La vinculación laboral en la dimensión vigor se relaciona significativamente con la cultura de seguridad del paciente, con  $p \leq 0,022$ .
- Asimismo, la vinculación laboral en la dimensión dedicación se relaciona significativamente con la cultura de seguridad del paciente, con  $p \leq 0,013$ .
- Igualmente, la vinculación laboral en la dimensión absorción se relaciona significativamente con la cultura de seguridad del paciente, con  $p \leq 0,012$ .
- Y, también, la vinculación laboral se relaciona significativamente con la cultura de seguridad del paciente, con  $p \leq 0,008$ .

## RECOMENDACIONES

Sugerimos:

- Realizar estudios de investigación en otros Centros de Salud de atención primaria de salud, para corroborar los resultados hallados en esta ocasión.
- Promover intercambios de experiencias en torno a la cultura de seguridad del paciente, por ejemplo organizar un congreso de experiencias de seguridad de la atención primaria de salud.
- Promover la Implementación de la Mejora Continua de la calidad en salud a través de un banco de proyectos de mejora y de la Directiva Sanitaria N° 003-IGSS/V.01 "Rondas de Seguridad y Gestión del Riesgo para la Seguridad del Paciente".
- Establecer mecanismos de colaboración técnica interinstitucional para la mejora de la Atención de Salud Segura y de Calidad, convocando a todas las organizaciones de nuestra región como los colegios profesionales, organismos afines, facultades de universidades, entre otras.
- Desarrollar y organizar la información sobre la cultura de seguridad del paciente a través de la creación de una página Web, redes sociales, boletín digital, entre otros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Zwijnenberg NC, Hendriks M, Hoogervorst-Schilp J, et al. Opiniones de los profesionales de la salud sobre los comentarios de una evaluación de cultura de seguridad del paciente. *BMC Health ServRes*. 2016;16:199.
2. Alfonso J, Vázquez P, Jaramillo-Esparza C, Olvera-Martínez L, Burgos-Martínez L, Real-Tovar F, et al. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. (Español). *Revista CONAMED*. 2014;19(2):52-8.
3. Halligan M, Zevevic A. Cultura de seguridad en salud: una revisión de conceptos, dimensiones, medidas y progreso. *BMJ Qual Saf*. 2011;20:338–43.
4. Torres M, Torres M, Solís R, Grajeda A, Danielli J, Coronel E. Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud de un hospital nacional de Lima. *Revista de investigación en psicología*, 2016; 19(1):135-146.
5. Fernández C, Yáñez R. Describiendo el engagement en profesionales de enfermería de atención primaria de salud. *Ciencia y Enfermería*, 2014;20(3):131-140.
6. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Ginebra: OMS; 2009.
7. Asociación Canadiense de Enfermeras y Facultad de Enfermería de la Universidad de Toronto. Enfermeras y seguridad del paciente: un documento de discusión. Canadá: Canadian Nurses Association; 2004.



8. Grupo de Trabajo de la Alianza Mundial de la OMS para la Seguridad del Paciente. Resumen de la evidencia sobre la Seguridad del Paciente: Implicaciones para la investigación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2008.
9. Makeham M, Dovey S, Runciman W, Larizgoitia I. Métodos y medidas utilizados en la atención primaria Investigación de seguridad del paciente. Resultados de una revisión de la literatura. Ginebra: WHO; 2008.
10. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
11. López DM, Ríos SM, Vélez L. Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención. [Monografía para optar al título de Especialista en Auditoria en salud]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008.
12. Fundación Santa Fe de Bogotá. Oficina de Atención Confiable. Seguridad del paciente: implementación de una cultura. 2009.
13. Espíritu N, Lavado G, Pantoja L, Lam C, Barrientos M, Centeno R. Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima. Rev Calidad Asistencial. 2007;22(6):335-41.
14. Zubiri Sáenz F. Satisfacción y motivación profesional. An Sist Sanit Navar.2013;36:193–6.
15. Neal AF, Griffin MA, Hart PD. El impacto del clima organizacional en el clima de seguridad y el comportamiento individual. Saf Sci. 2000;34:99–109.
16. Ellis J, Priest A, MacPhee M, Sanchez A, en nombre de CHSRF y socios. Dotación de personal para la seguridad: Una síntesis de la evidencia

- sobre el personal de enfermería y la seguridad del paciente. Canadian Health Services Research Foundation. 2006.
17. Escobar-Aguilar G, Gómez-García T, Ignacio-García E, et al. Entorno laboral y seguridad del paciente: comparación de datos entre los estudios SENECA y RN4CAST. *Enferm Clin.* 2013;23:103–13.
  18. Flin R, Winter J. Informe para los métodos y medidas Grupo de trabajo de la seguridad del paciente de la OMS. Cakil Sarac MR. Factores humanos en la seguridad del paciente: revisión de temas y herramientas. Geneva: World Health Organization; 2009. p. 05. WHO/IER/PSP/2009.
  19. Consejo Internacional de Enfermería. Declaración de posición del CIE: Seguridad de los pacientes [internet]. Consejo Internacional de Enfermería; 2002 [Consultado agosto 2017]. Disponible en: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D05\\_Seguridad\\_pacientes-Sp.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D05_Seguridad_pacientes-Sp.pdf)
  20. Ramírez ME, Pedraza AG. Cultura de seguridad y eventos adversos en una clínica de primer nivel. *Enfermería Universitaria.* 2017;14(2):111-117.
  21. Merino MJ, Carrera FJ, Roca MR, Morro MD, Martínez A, Fikri N. Relación entre la satisfacción laboral y la cultura de seguridad del paciente. *Gac Sanit.* 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.009>
  22. Saura-Llamas J, Sebastián-Delgado ME, Martínez-Garre N, Martínez-Pastor A, Leal-Hernández M. Causas de los errores clínicos: percepción de los residentes de medicina familiar de Murcia, España. *Aten Fam.* 2014;21(3):77-82.
  23. Fajardo-Dolci G, Rodríguez-Suárez J, Arboleya-Casanova H, Rojano-Fernández C, Hernández-Torres F, Santacruz-Varela J. Cultura sobre

- seguridad del paciente en profesionales de la salud. México, D. F. Cir Cir 2010;78:527-532.
24. Martínez VL. Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015. [Tesis]. Lima - Perú: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2016.
  25. Alvarado CM. Relación entre clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en el personal de salud del centro médico naval [Tesis de Maestría]. Lima – Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
  26. Espinoza YI. Cultura de seguridad del paciente por profesionales de enfermería en el Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014. [Tesis de licenciatura]. Huánuco – Perú: Universidad de Huánuco; 2015.
  27. Gómez A. Sí mismo e identidad social. En Gómez A, Gaviria E, Fernández I. Psicología social (pp. 231-295). Madrid: Sanz y Torres; 2006.
  28. Huici C, Gómez C. Las relaciones intergrupales. En Huici C, Morales JF. Psicología de grupos I. Estructura y procesos (pp.369-408). Madrid: UNED. 2004.
  29. Turner JC, Hogg MA, Oakes PJ, Reicher SD, Wetherell MS. Redescubriendo el grupo social: teoría de la autocategorización. Oxford: Blackwell; 1987.
  30. Morales JF. Identidad social y personal. En J. F. Morales, M. C. Moya, E. Gaviria & I. Cuadrado, Psicología social (pp. 787-805). Madrid: McGraw-Hill. 2007.

31. Nieva VF, Sorra J. Evaluación de cultura de seguridad: una herramienta para mejorar la seguridad del paciente en organizaciones sanitarias. *Qual Saf Health Care*. 2003;12 Suppl. II:S17-23.
32. Agencia para la investigación y la calidad de la atención médica, USA. AHRQ Red de seguridad del paciente - Cultura de seguridad [internet]. [Consultado mayo 2017]. Disponible en: <http://psnet.ahrq.gov/primer.aspx?primerID=5>
33. Agencia Nacional de Seguridad del Paciente. Siete pasos para la seguridad del paciente: La guía de referencia completa [internet]. 2004 [Consultado junio 2017]. Disponible en: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=59971&type=full&servicetype=Attachment>
34. Ministerio de la Protección Social, Colombia. Lineamientos para la implementación de la política de seguridad del paciente [internet]. [Consultado junio 2017]. Disponible en: [http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/LINEAMIENTO\\_SEGURIDAD\\_DEL\\_PACIENTE.pdf](http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/LINEAMIENTO_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE.pdf)
35. Ordóñez J. Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente [internet]. [Consultado junio 2017]. Disponible en: [http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/descargables/linea8%20\\_Promocion%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20EDITADO.pdf](http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea8/descargables/linea8%20_Promocion%20de%20la%20cultura%20de%20seguridad%20del%20paciente%20EDITADO.pdf)
36. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. ¿Qué es la cultura de seguridad del paciente? Una revisión de la literatura: Cultura de seguridad del paciente. *J Nurs Scholarsh*. 2010 Jan 21;42(2):156–65.

37. Instituto de Gestión de Servicios de Salud. Resolución jefatural N° 393-2016-IGSS. Lima-Perú, 2016.
38. Palacios L, O'Beirne M, Sterling PD, Zwicker K, Harding BK, Ann C. Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en la medicina familiar. *Healthcare Quarterly*. 2010;13: 121-7.
39. Kahn W. Condiciones psicológicas de compromiso personal y desconexión en el trabajo. *Acad Manage J*. 1990; 33(4): 692-724.
40. Rodríguez-Muñoz A, Bakker AB. El engagement en el trabajo. En B. Moreno-Jimenez E. Garrosa Hernandez (Eds.). *Salud laboral: Riesgos laborales psicosociales y bienestar laboral*. Madrid: Pirámide; 2013.
41. Schaufeli WB, Salanova M, González V, Bakker AB. La medida del compromiso y el agotamiento: un enfoque analítico factor confirmatorio de dos muestras. *Journal Of Happiness Studies*, 2002;3(1):71-92..
42. Bakker A. Construyendo compromiso en el lugar de trabajo. In Burke, R. y Cooper, C. (Eds.). *La organización de máximo rendimiento*. New York: Routledge. 2008.
43. Maslach C, Leiter M. La verdad sobre el agotamiento: cómo las organizaciones causan estrés personal y qué hacer al respecto. San Francisco: Jossey-Bass. 2008.
44. Bakker A, Schaufeli W, Leiter M, Taris T. Compromiso laboral: un concepto emergente en psicología de la salud ocupacional. *Estrés laboral*. 2008; 22(3): 187-200.
45. Benevides AM, Fraiz de Camargo D, Porto PC. Escala Utrecht de Engagement en el Trabajo. Grupo de Estudios e Pesquisas sobre Estresse e Burnout, 2009.

46. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
47. Schaufeli WB, Bakker AB. UWES – Utrecht Work Engagement Scale. Manual Preliminar. Version 1, November 2003.
48. Sanclemente I, Elboj C, Íñiguez T. Engagement o compromiso en profesionales de enfermería: variables socio-demográficas y laborales asociadas. *Enfermería Global*. 2017;47:400-413.
49. Vergara FM. Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017. [Tesis de maestría]. Lima-perú: Universidad César Vallejo; 2017.
50. Bolaños LP. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en un quirófano. *Revista Cubana de Enfermería* [revista en Internet]. 2017 [citado 2018 Jun 23];33(2):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1209>
51. Van Bogaert P, Van Heusden D, Timmermans O, Franck E. El compromiso laboral de la enfermera impacta el resultado del trabajo y la calidad de la atención evaluada por la enfermera: pruebas modelo con el entorno de práctica de la enfermera y las características del trabajo de la enfermera como predictores. *Front Psychol*. 2014; 5(1): 1-11.
52. Salanova M, Agut S, Peiró JM. Vinculación de los recursos de la organización y el compromiso laboral con el rendimiento de los empleados y la lealtad de los clientes: La mediación del clima de servicio. *J Appl Psychol*. 2005; 90(6): 1217-1227.

53. Xanthopoulou D, Bakker A, Heuven E, Demerouti E, Schaufeli W. Trabajando en el cielo: un estudio diario sobre el compromiso laboral entre los asistentes de vuelo. *J Occup Health Psychol.* 2008; 13(4): 345-356.
54. Strömngren M, Eriksson A, Bergman D, Dellve L. Capital social entre profesionales de la salud: Un estudio prospectivo de su importancia para la satisfacción laboral, el compromiso laboral y la participación en las mejoras clínicas. *Int J Nurs Stud* 2015;53:116–25.
55. Pérez P. Relación entre "work engagement" y la salud de los profesionales de enfermería. Revisión Bibliográfica Sistemática. [Trabajo monográfico de pre grado]. España: Universidad de Valladolid; 2016.
56. Choi J, Bakken S, Larson E, Du Y, Stone PW. Ambiente de trabajo de enfermería percibido de enfermeras de cuidados intensivos. *Nurs Res.* 2004; 53(6):370–8.
57. Panthee B, Shimazu A, Kawakami N. Validación de la versión nepalesa de Utrecht Work Engagement Scale. *Journal of Occupational Health.* 2015.
58. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Causas y consecuencias del estrés ocupacional en enfermeras de urgencias, un estudio longitudinal. *J Nurs Manag.* 2015;23(3):346–58.
59. Carayon P, Xie A, Kianfar S. Factores humanos y ergonomía como práctica de seguridad del paciente. Agencia para la investigación y la calidad de la asistencia sanitaria. *BMJ Qual Saf.* 2013; 23 (2): 196-205.

# **ANEXO**



Nº encuesta: \_\_\_\_\_

Fecha:     /     /

## ANEXO 01

### CUESTIONARIO SOBRE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ATENCION PRIMARIA

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Vinculación laboral y cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.

**INSTRUCCIONES.** Sr (a). A continuación se le presenta una serie de preguntas, lea detenidamente y con atención tómesese el tiempo que sea necesario luego marque o complete según respuesta correspondiente.

Es necesario precisar que este cuestionario es de utilidad exclusiva para la investigación y es de carácter anónimo y confidencial. Esperando obtener sus respuestas con veracidad se le agradece anticipadamente su valiosa participación.

**Gracias.**

#### I. CARACTERISTICAS GENERALES:

1. Edad: \_\_\_\_\_ en años

2. Sexo:

Masculino   (   )

Femenino    (   )

3. Estado civil:

Casado       (   )

Conviviente (   )

Soltero      (   )

Viudo        (   )

Separado    (   )

4. Nivel de estudios:

Especialización   (   )

Maestría           (   )

Doctorado         (   )

Educación continuada (Cursos, diplomados, otros)   (   )

## II. CARACTERISTICAS LABORALES:

5. Tipo de personal de salud:

- Médico ( )  
Enfermería ( )  
Obstetricia ( )  
Personal técnico ( )  
Otro ( ) Especifique: \_\_\_\_\_

6. Años de experiencia profesional: \_\_\_\_\_ en años

7. Años de experiencia profesional en el servicio que se desempeña actualmente dentro de la institución: \_\_\_\_\_ en años

## III. CARACTERISTICAS SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Instrucciones.

- Piense en cómo se hacen las cosas en su centro de salud/consultorio y dénos su opinión sobre los aspectos que afectan a la seguridad y calidad de los cuidados que se dispensan a los pacientes.
- En esta encuesta, el término personal sanitario hace referencia a los médicos y personal de salud no médico y técnicos en salud. El término personal no sanitario hace referencia al resto de los trabajadores del centro (administrativos, trabajadores sociales, etc.). El término personal o equipo hace referencia al conjunto de las personas que trabajan en el centro de salud.
- Si alguna pregunta no le afecta o no sabe responderla, por favor, marque «No lo sé/no procede».
- Si usted trabaja en más de una consulta o ubicación para su población asignada, cuando responda este cuestionario, hágalo atendiendo únicamente a los hechos del lugar donde pasa la consulta la mayor parte del tiempo.

## SECCIÓN A: LISTADO DE ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y LA CALIDAD

Los siguientes enunciados describen hechos que pueden ocurrir en el día a día del centro de salud/consultorio y que afectan a la seguridad de los pacientes y a la calidad asistencial. En su opinión, ¿con qué frecuencia han ocurrido los siguientes hechos en su centro de salud/consultorio en los últimos 12 meses?

1. El paciente no consiguió una cita en las siguientes 48 h por un problema de salud agudo	Diariamente ( )	Semanalmente ( )	Mensualmente ( )	Varias veces en los últimos 12 meses ( )	Una o dos veces en los últimos 12 meses ( )	Ninguna vez en los últimos 12 meses ( )
--	--------------------	---------------------	---------------------	---	--	--

2. Se utilizó la historia clínica de otro paciente.	Diariamente ( )	Semanalmente ( )	Mensualmente ( )	Varias veces en los últimos 12 meses ( )	Una o dos veces en los últimos 12 meses ( )	Ninguna vez en los últimos 12 meses ( )
3. La historia clínica del paciente no estaba disponible cuando se precisó	Diariamente ( )	Semanalmente ( )	Mensualmente ( )	Varias veces en los últimos 12 meses ( )	Una o dos veces en los últimos 12 meses ( )	Ninguna vez en los últimos 12 meses ( )
4. La información clínica se archivó en la historia clínica de otro paciente.	Diariamente ( )	Semanalmente ( )	Mensualmente ( )	Varias veces en los últimos 12 meses ( )	Una o dos veces en los últimos 12 meses ( )	Ninguna vez en los últimos 12 meses ( )
5. El equipamiento médico no funcionó adecuadamente, precisaba reparación o sustitución.	Diariamente ( )	Semanalmente ( )	Mensualmente ( )	Varias veces en los últimos 12 meses ( )	Una o dos veces en los últimos 12 meses ( )	Ninguna vez en los últimos 12 meses ( )
6. Una oficina de farmacia contactó con el centro o la consulta para clarificar o corregir una prescripción	Diariamente ( )	Semanalmente ( )	Mensualmente ( )	Varias veces en los últimos 12 meses ( )	Una o dos veces en los últimos 12 meses ( )	Ninguna vez en los últimos 12 meses ( )
7. La lista de medicación del paciente no se supervisó durante la consulta	Diariamente ( )	Semanalmente ( )	Mensualmente ( )	Varias veces en los últimos 12 meses ( )	Una o dos veces en los últimos 12 meses ( )	Ninguna vez en los últimos 12 meses ( )
8. Los resultados de algunas pruebas de laboratorio o de imagen no estaban disponibles cuando se precisaron	Diariamente ( )	Semanalmente ( )	Mensualmente ( )	Varias veces en los últimos 12 meses ( )	Una o dos veces en los últimos 12 meses ( )	Ninguna vez en los últimos 12 meses ( )
9. Un resultado crítico anormal en alguna	Diariamente ( )	Semanalmente ( )	Mensualmente ( )	Varias veces en	Una o dos veces	Ninguna vez en

prueba de laboratorio o de imagen no fue supervisado en el día				los últimos 12 meses ( )	en los últimos 12 meses ( )	los últimos 12 meses ( )
--	--	--	--	--------------------------	-----------------------------	--------------------------

**SECCIÓN B: INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN CON OTROS DISPOSITIVOS ASISTENCIALES**

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido problemas en su centro para intercambiar información precisa, completa, adecuada y oportuna, con cada uno de los siguientes dispositivos asistenciales?

10. Problemas con servicios externos de pruebas complementarias (laboratorio, diagnóstico por imagen, etc.)	Diariamente ( )	Semanalmente ( )	Mensualmente ( )	Varias veces en los últimos 12 meses ( )	Una o dos veces en los últimos 12 meses ( )	Ninguna vez en los últimos 12 meses ( )
11. Problemas con otras consultas médicas fuera del centro.	Diariamente ( )	Semanalmente ( )	Mensualmente ( )	Varias veces en los últimos 12 meses ( )	Una o dos veces en los últimos 12 meses ( )	Ninguna vez en los últimos 12 meses ( )
12. Problemas con de oficinas de farmacia.	Diariamente ( )	Semanalmente ( )	Mensualmente ( )	Varias veces en los últimos 12 meses ( )	Una o dos veces en los últimos 12 meses ( )	Ninguna vez en los últimos 12 meses ( )
13. Problemas con hospitales.	Diariamente ( )	Semanalmente ( )	Mensualmente ( )	Varias veces en los últimos 12 meses ( )	Una o dos veces en los últimos 12 meses ( )	Ninguna vez en los últimos 12 meses ( )

**SECCIÓN C: TRABAJANDO EN EL CENTRO DE SALUD**

¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?

14. Cuando alguien tiene excesivo trabajo los compañeros le ayudan	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
15. En este centro hay un buen ambiente de trabajo entre los componentes del equipo.	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
16. En este centro, sentimos que atendemos con prisas a los pacientes.	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
17. Este centro forma a su personal no sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha.	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )

18.En este centro, nos tratamos mutuamente con respeto	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
19.Tenemos demasiados pacientes asignados para el número de profesionales sanitarios que tiene el centro	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
20.En este centro se asegura que el personal no sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
21.Este centro está más desorganizado de lo que debiera	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
22.Tenemos procedimientos adecuados para evaluar que el trabajo en el centro se ha realizado correctamente	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
23.Al personal no sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
24.Tenemos suficiente personal no sanitario para manejar la carga de trabajo de los pacientes	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
25.En este centro tenemos problemas con la organización y distribución del trabajo	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
26.Este centro promueve el trabajo en equipo para el cuidado de los pacientes	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
27.Este centro tiene demasiados pacientes para hacer frente a todo de forma eficiente	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
28.El personal no sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
29.Este centro forma a su personal sanitario en los nuevos procedimientos de trabajo que se ponen en marcha	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )

30.En este centro se asegura que el personal sanitario tenga la formación necesaria para su trabajo	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
31.Al personal sanitario se le pide realizar tareas para las que no ha sido formado	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
32.El personal sanitario del centro realiza sus tareas según los procedimientos que tienen establecidos	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )

#### SECCIÓN D: COMUNICACIÓN Y SEGUIMIENTO

33.Los profesionales sanitarios del centro son receptivos a las propuestas de mejora de los no sanitarios	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
34.En este centro, se anima al personal no sanitario a expresar puntos de vista alternativos	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
35.El centro recuerda a sus pacientes cuándo deben citarse para revisiones o para actividades preventivas	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
36.El personal no sanitario teme hacer preguntas cuando algo parece que no está bien	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
37.En este centro se registra si nuestros pacientes crónicos siguen bien su plan de tratamiento	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
38.En nuestro centro se realiza un seguimiento cuando no se recibe el informe de un paciente que estamos esperando que nos remita un especialista de otro centro	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
39.El personal no sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
40.Todo el equipo habla abiertamente de los problemas del centro	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
41.En este centro se hacen revisiones a los pacientes que precisan un seguimiento	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
42.Es difícil expresar libremente cualquier desacuerdo en este centro	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )

43.En este centro, buscamos la manera de prevenir los errores para que no vuelvan a ocurrir	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
44.El personal no sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
45.El personal sanitario siente que sus errores son utilizados en su contra	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
46.El personal sanitario está dispuesto a notificar fallos que observan en el centro	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )

### SECCIÓN E: EN EL CENTRO

¿Cuál es su grado de acuerdo con los siguientes enunciados?

47.Cuando hay un problema en nuestro centro, valoramos si necesitamos cambiar la manera en que hacemos las cosas	Muy en desacuerdo ( )	En desacuerdo ( )	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo ( )	De acuerdo ( )	Muy de acuerdo ( )
48.Los procesos de nuestro centro son buenos para prevenir fallos que pueden afectar a los pacientes	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
49.En este centro se producen fallos con más frecuencia de lo que deberían	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
50.Si no cometemos más fallos que afecten a nuestros pacientes, es por casualidad	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
51.Este centro es capaz de modificar sus procesos para garantizar que los mismos problemas no vuelvan a ocurrir	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
52.En este centro, es más importante realizar más trabajo que la calidad de la atención	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )
53.Cuando introducimos cambios para mejorar la asistencia, comprobamos si funcionan	Nunca ( )	Rara vez ( )	A veces ( )	La mayoría de las veces ( )	Siempre ( )

Nº encuesta: \_\_\_\_\_

Fecha: / /

## ANEXO 02

### ESCALA DE VINCULACION LABORAL

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:** Vinculación laboral y cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.

**INSTRUCCIONES.** Sr (a). Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lea cuidadosamente cada pregunta y decida si se ha sentido de esta forma. Si nunca se ha sentido así conteste '0' (cero), y en caso contrario indique cuántas veces se ha sentido así teniendo en cuenta el número que aparece en la siguiente escala de respuesta (de 1 a 6).

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastante veces	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4	5	6
Ninguna vez	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días

**Gracias.**

#### I. CARACTERISTICAS DE VINCULACION LABORAL:

1. \_\_\_\_\_ En mi trabajo me siento lleno de energía
2. \_\_\_\_\_ Mi trabajo está lleno de significado y propósito
3. \_\_\_\_\_ El tiempo vuela cuando estoy trabajando
4. \_\_\_\_\_ Soy fuerte y vigoroso en mi trabajo
5. \_\_\_\_\_ Estoy entusiasmado con mi trabajo
6. \_\_\_\_\_ Cuando estoy trabajando olvido todo lo que pasa alrededor de mí
7. \_\_\_\_\_ Mi trabajo me inspira
8. \_\_\_\_\_ Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar
9. \_\_\_\_\_ Soy feliz cuando estoy absorto en mi trabajo
10. \_\_\_\_\_ Estoy orgulloso del trabajo que hago
11. \_\_\_\_\_ Estoy inmerso en mi trabajo
12. \_\_\_\_\_ Puedo continuar trabajando durante largos períodos de tiempo
13. \_\_\_\_\_ Mi trabajo es retador
14. \_\_\_\_\_ Me "dejo llevar" por mi trabajo
15. \_\_\_\_\_ Soy muy persistente en mi trabajo
16. \_\_\_\_\_ Me es difícil 'desconectarme' de mi trabajo
17. \_\_\_\_\_ Incluso cuando las cosas no van bien, continuo trabajando



## ANEXO 03 CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del Proyecto**  
“Vinculación laboral y cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018”
- **Equipo de Investigadores (nombres, cargo en el proyecto, institución, teléfonos).**  
BORNEO CANTALICIO, Eler, Licenciado en Enfermería, Red Salud Huánuco.
- **Introducción / Propósito**  
La cultura de seguridad del paciente es un tema de suma importancia sobre todo en la actualidad donde los eventos adversos son evidentes.
- **Participación**  
Personal de Salud.
- **Procedimientos**  
Se le aplicaran dos escalas en un tiempo aproximado de 30 minutos.
- **Riesgos / Incomodidades**  
No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- **Beneficios**  
El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de información oportuna y actualizada sobre las estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico.
- **Alternativas**  
La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representara ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.  
Le notificaremos sobre cualquier nueva información que puede afectar su salud, bienestar o interés por continuar en el estudio.
- **Compensación**  
No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada se mantendrá confidencialmente en los archivos de la universidad de procedencia de quien patrocina el estudio. No se publicaran nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

- **Consentimiento / Participación Voluntaria**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar dudas sobre ello y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la entrevista sin que me afecte de ninguna manera.

- **Nombres y firma del participante o responsable legal**

\_\_\_\_\_  
Firma de trabajador

\_\_\_\_\_  
Firma investigador

Fecha: ...../...../.....

**ANEXO 04**  
**CONSTANCIAS DE VALIDACION POR JUECES**

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, M. Guillermo René Ramos, con DNI N° 25589078, de profesión Médico-Epidemiólogo, ejerciendo actualmente como SERVIDOR PÚBLICO, en la Institución RED SALUD HUÁNUCO.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE INVESTIGACIÓN  
CONTINUAR SIGUIENTE ETAPA

En Huánuco, a los 11 días del mes de MAYO del 2018.

  
MINISTERIO DE SALUD  
Gobierno Regional Huánuco  
Dirección Regional de Salud Huánuco  
Red de Salud Huánuco  
M. Guillermo René Ramos  
C.M.P. 24134- HUE 020235  
COORDINADOR SEHUME

Firma

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, OFELIA TAPIA LAGUNA, con DNI N° 22420603, de profesión, LIC. ENFERMERÍA, ejerciendo actualmente como RESP. AREA DE CALIDAD, en la Institución RED DE SALUD HUÁNUCO.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

- Sin observaciones.

---

---

---

En Huánuco, a los 04 días del mes de Mayo del 2018.

  
\_\_\_\_\_  
OFELIA TAPIA LAGUNA  
LIC. ENFERMERÍA  
C.E.P. 18220  
Firma

### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, EWER PORTOCARRERO MERINO, con DNI N° 41532365 de profesión CATEDRÁTICO - INVEST. ejerciendo actualmente como VICE RECTOR ACADÉMICO, en la Institución UNHEVAL.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

SIN OBSERVACIONES CONTINUAR CON EL ESTUDIO

---

---

En Huánuco, a los 09 días del mes de MAYO del 2018.

  
  
UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN  
VICERECTORADO ACADÉMICO  
HUÁNUCO  
Firma  
Dr. Ewer Portocarrero Merino  
VICERECTOR ACADÉMICO

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN**

Yo, Maria Celia Salcedo Zurita, con DNI N° 22414441, de  
profesión Lic en Enfermería, ejerciendo actualmente como  
Directora Regional de Salud Pública en la Institución  
DIRESA Huánuco.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de  
contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes  
recomendaciones:

Sin observaciones.

En Huánuco, a los 02 días del mes de Mayo del 2018.



Firma

### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Nancy Veramendi Villavicencios, con DNI N° 22421418, de profesión Licenciada en Enfermería, ejerciendo actualmente como Directora de Asuntos y Servicios Académicos en la Institución Facultad de Enfermería UNHEVAL.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

Continuar con la investigación

---

---

---

En Huánuco, a los 07 días del mes de Mayo del 2018.



Nancy Veramendi Villavicencios

Firma

.....  
Nancy G. Veramendi Villavicencios  
Doctora en Ciencias de la Salud

### CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Enit Ida Villar Carbaljal, con DNI N° 22408286 de profesión Enfermera, ejerciendo actualmente como Docente Principal a tiempo Completo en la Institución Universidad Nacional "Hermilio Valdizan" Huánuco.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento.

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

Ninguna, Continuar con la Investigación

---

---

En Huánuco, a los 02 días del mes de Mayo del 2018.



Firma

ENIT IDA VILLAR CARBAJAL  
Dra. CIENCIAS DE LA SALUD  
C.E.P. 13411



**ANEXO 05  
DOCUMENTO DE AUTORIZACION**

**SOLICITO:** Permiso para realizar un estudio de Investigación

**SEÑOR. DR. JULIO CESAR QUISPE MACHACA  
JEFE DE LA MICRORED APARICIO POMARES**



Yo, ELER BORNEO CANTALICIO, identificada con DNI N° 40613742, con domicilio Jr. San Luis Gonzaga N° 104, distrito de Amarilis. Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado los estudios de Maestría en Ciencia de la Salud en la Universidad de Huánuco, solicito a Ud. Permiso para realizar un trabajo de investigación en su Centro de Salud Aparicio Pomares, sobre **"VINCULACIÓN LABORAL Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES – HUÁNUCO 2018"**, para optar el grado de Magister en Salud Pública y Docencia Universitaria.

**POR LO EXPUESTO:**

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Huánuco, 23 de mayo del 2018.

  
**ELER BORNEO CANTALICIO**  
DNI N° 40613742

## ANEXO 06

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTUDIO: “Vinculación laboral y cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOS
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b> ¿Cuál es la relación entre la vinculación laboral y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b> Determinar la relación entre la vinculación laboral y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.</p>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL:</b> La vinculación laboral se relaciona con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.</p>	<p>Variable 01: Vinculación laboral</p> <p>Variable 02: Cultura de seguridad del paciente</p>	<p>Tipo de estudio: Observacional, prospectivo, transversal y analítico.</p> <p>Diseño: Correlacional.</p> <p>Población: 51 trabajadores de la salud.</p> <p>Instrumento: Cuestionario sobre cultura de seguridad del paciente en atención primaria y escala de vinculación laboral</p>
<p><b>PROBLEMA ESPECIFICO (1)</b> ¿Cuál es la relación entre la vinculación laboral en la dimensión vigor y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018?</p>	<p><b>OBJETIVO ESPECIFICO (1)</b> Establecer la relación entre la vinculación laboral en la dimensión vigor y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.</p>	<p><b>HIPOTESIS ESPECIFICA (1):</b> La vinculación laboral en la dimensión vigor se relaciona con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.</p>	<p>Variable 01: Vinculación laboral sobre vigor</p> <p>Variable 02: Cultura de seguridad del paciente</p>	
<p><b>PROBLEMA ESPECIFICO (2)</b> ¿Cuál es la relación entre la vinculación laboral en la dimensión dedicación y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria</p>	<p><b>OBJETIVO ESPECIFICO (2)</b> Evaluar la relación entre la vinculación laboral en la dimensión dedicación y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria</p>	<p><b>HIPOTESIS ESPECIFICA (2):</b> La vinculación laboral en la dimensión dedicación se relaciona con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de</p>	<p>Variable 01: Vinculación laboral sobre dedicación</p> <p>Variable 02: Cultura de seguridad del paciente</p>	

del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018?	del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.	Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.		
PROBLEMA ESPECIFICO (3) ¿Cuál es la relación entre la vinculación laboral en la dimensión absorción y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018?	OBJETIVO ESPECIFICO (3) Medir la relación entre la vinculación laboral en la dimensión absorción y la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.	HIPOTESIS ESPECIFICA (3): La vinculación laboral en la dimensión absorción se relaciona con la cultura de seguridad del paciente en personal de salud familiar y comunitaria del Centro de Salud Aparicio Pomares – Huánuco 2018.	Variable 01: Vinculación laboral sobre absorción  Variable 02: Cultura de seguridad del paciente	