

**Universidad de Huánuco**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

**TESIS**

**CLIMA ORGANIZACIONAL Y SU RELACIÓN CON LA  
CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN  
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL  
REGIONAL HERMILO VALDIZÁN DE HUÁNUCO 2015.**

**Para Optar el Título Profesional de:  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**TESISTA**

**Bach. CABANILLAS CABRERA, Lucia Andrea**

**ASESOR**

**Lic. BORNEO CANTALICIO, Eler**

**Huánuco - Perú  
2019**



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

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 5:00 horas del día 10 del mes de abril del año dos mil diecinueve, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- Mg. Silvia Lorena Alvarado Rueda **Presidenta**
- Mg. Edith Cristina Jara Claudio **Secretaria**
- Mg. Diana Karina Palma Lozano **Vocal**

Nombrados mediante Resolución N°265-2019-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitolado: "CLIMA ORGANIZACIONAL Y SU RELACIÓN CON LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL HERMILO VALDIZÁN DE HUÁNUCO 2015", presentada por la Bachiller en Enfermería Srta. Lucía Andrea CABANILLAS CABRERA, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

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 Quince y cualitativo de Buena.

Siendo las 18 horas del día 10 del mes de Abril del año 2019, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

Silvia Lorena Alvarado Rueda  
PRESIDENTA

Edith Cristina Jara Claudio  
SECRETARIA

Diana Karina Palma Lozano  
VOCAL

Jr. Hermilio Valdizán N°871 – Jr. Progreso N° 650 – Teléfono La Esperanza: (062) 518452 – (062) 515151 Anexo 331  
Telefax: 062 513154 – E-mail: [ud.cec@terra.com.pe](mailto:ud.cec@terra.com.pe)

HUÁNUCO - PERÚ

## INDICE

<b>ÍNDICE</b>	<b>II</b>
<b>DEDICATORIA</b>	<b>IV</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	<b>V</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>VI</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>VII</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>VIII</b>

### **CAPÍTULO I.**

#### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

1.1. Descripción del problema	01
1.2. Formulación del Problema	04
1.3. Objetivos general	05
1.4. Objetivos específicos	05
1.5. Justificación de la investigación	06
1.6. Limitaciones de la investigación	06
1.7. Viabilidad de la investigación	07

### **CAPÍTULO II.**

#### **MARCO TEORICO**

2.1. Antecedentes de investigación	08
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Bases conceptuales	18
2.4. Hipótesis	24
2.5. Variables	25
2.5.1. Variable dependiente	25
2.5.2. Variable independiente	25
2.5.3. Variable de caracterización	25
2.6. Operacionalización de variables	26

### **CAPÍTULO III.**

#### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1. Tipo de investigación	29
----------------------------	----

3.1.1. Enfoque	29
3.1.2. Alcance o nivel	29
3.1.3 Diseño del estudio	30
3.2. Población y muestra	30
3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos	32
3.3.1 Procedimientos de recolección de datos	34
3.3.2 Presentación de datos	34
3.3.3 Análisis e interpretación de datos	35

**CAPÍTULO IV.  
ANÁLISIS DE RESULTADOS**

4.1. Resultados descriptivo	36
4.2. Resultados inferencial	49

**CAPÍTULO V. DISCUSIÓN**

5.1. Discusión de los resultados	55
----------------------------------	----

<b>CONCLUSIONES</b>	57
---------------------	----

<b>RECOMENDACIONES</b>	58
------------------------	----

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	59
-----------------------------------	----

<b>ANEXOS</b>	67
---------------	----

## DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi Madre por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de vida, por el apoyo económico y moral para culminar esta etapa profesional.

Gracias a Dios por mis hijos, esos hijos que más que el motor de mi vida son parte muy importante de lo que hoy puedo presentar como tesis, gracias a ellos por cada palabra de apoyo por entender que el éxito demanda sacrificios, tanto esfuerzo y fe por la causa misma.

A mi esposo quien ha estado a mi lado en todo este tiempo, para darme ánimos y apoyo incondicional.

## AGRADECIMIENTO

Primero y como más importante, me gustaría agradecer a mi asesor de tesis, Lic. Eler Borneo Cantalicio, por su esfuerzo y dedicación.

Por sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamental para mi formación como investigadora.

Él ha inculcado en mi un sentido de seriedad, responsabilidad y rigor académico sin los cuales no podría tener una formación completa como investigadora.

A su manera, ha sido capaz de generarse mi lealtad y admiración, así como sentirme en deuda con él por todo lo recibido durante el periodo de tiempo que ha durado la tesis.

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar la relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente.

**MÉTODOS:** Se llevó a cabo un estudio correlacional con 56 profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015. En la recolección de datos se utilizó un inventario del clima organizacional y una escala de cultura de seguridad del paciente. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

**RESULTADOS:** El 80,4% (45 enfermeros) valoraban de forma muy favorable el clima organizacional y 78,6% (44 enfermeros) mostraron una percepción media frente a la cultura de seguridad del pacientes. Por otro lado, se encontró relación significativa entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente, con  $p \leq 0,003$ . Y, la totalidad de las dimensiones del clima organizacional se relacionan con la cultura de seguridad del paciente, con  $p \leq 0,05$ .

**CONCLUSIONES:** Existe una relación significativa entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco.

**Palabras clave:** *clima organizacional, seguridad del paciente, hospital, enfermería.*

## ABSTRACT

**OBJECTIVE:** To determine the relationship between the organizational climate and the patient safety culture.

**METHODS:** A correlational study was carried out with 56 nursing professionals from the Regional Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco 2015. The data collection used an inventory of the organizational climate and a patient safety culture scale. For the inferential analysis of the results we used the Spearman Rho correlation coefficient.

**RESULTS:** 80.4% (45 nurses) assessed the organizational climate very favorably and 78.6% (44 nurses) showed an average perception regarding the safety culture of patients. On the other hand, a significant relationship was found between the organizational climate and the safety culture of the patient, with  $p \leq 0.003$ . And, the entire dimensions of the organizational climate are related to the safety culture of the patient, with  $p \leq 0.05$ .

**CONCLUSIONS:** There is a significant relationship between the organizational climate and the patient safety culture in nursing professionals of the Regional Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco.

*Keywords: Organizational climate, patient safety, hospital, nursing.*

## INTRODUCCION

La salubridad es uno de los derechos importantes para toda persona y es considerado un elemento necesario que influye en el bienestar social, el desarrollo y la formación de los ciudadanos<sup>1</sup>, puntos de vista que obligan a las instituciones sanitarias a brindar atención de salud oportuna, aceptable, posible y de condición satisfactoria<sup>2</sup>.

En el mismo sentido, en palabras de García <sup>3</sup> informa que la primera táctica para optimizar la seguridad del paciente pasa por provocar, originar y sostener una cultura de la seguridad positiva en las distintas entidades de salud.

Halligan y Zevevic<sup>4</sup> indican que la cultura de la seguridad del paciente se forja como la consolidación de valores, actitudes, opiniones, facultades y estereotipos de conductas personales y grupales que fijan la responsabilidad de la gestión de la seguridad en el servicio y en el cuidado de la persona.

Por otro lado, analizar el clima organizacional constituye en la actualidad una de las herramienta tácticas que contribuyen al progreso continuo de las instituciones de la salud, ya que a través de su interpretaciones se logran identificar puntos clave que permiten realzar la calidad de vida laboral a los trabajadores, y con ello la calidad de atención de salud que se provee a la persona, esto debido a la influencia que este fenómeno tiene sobre características como la motivación y el desempeño de los trabajadores de salud, lo cual origina consecuencias importantes en la productividad, satisfacción, compromiso y calidad de la labor<sup>5</sup>.

De textual manera, variados autores señalan que investigar el ámbito de trabajo constituye un componente de oportunidad para el crecimiento y desarrollo de las entidades de salud, pues al averiguar esta variable se obtiene información útil

para la mejora continua en los contextos de trabajo y los modelos de calidad en salud<sup>6</sup>.

Tomando en cuenta este contexto, la investigación tiene como objetivo determinar la relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco, durante el periodo 2015.

En tal sentido, la investigación se organiza en cinco capítulos. En el primero concierne al problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación e importancia del estudio.

En el marco teórico, conformado por los antecedentes de investigación, las bases teóricas y las conceptuales, es mostrado en el segundo capítulo.

El tercer capítulo lo compone la metodología de la investigación, constituyéndose por las siguientes partes: tipo de estudio, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas.

También, en el cuarto capítulo se presentan los resultados del estudio, divididos en resultados descriptivos y resultados inferenciales.

Finalmente, en el quinto capítulo se tiene la discusión de los resultados. Seguidamente se presentan las conclusiones y las recomendaciones. También se incluyen las referencias bibliográficas y los anexos.

## CAPÍTULO I

### EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

#### 1.1. Descripción del problema

La seguridad del paciente es un asunto de la agenda actual en el campo de la salubridad, y es contundente en la calidad de la atención de las entidades de salud. La oferta de salud de manera insegura tiene como consecuencia el incremento de la morbilidad y mortalidad evitables, adicionalmente de incremento del coste, lo cual trasciende en la eficacia y eficiencia de los sistemas de salud, por lo que se constituye en una gran inquietud actualmente, como lo informa la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>7</sup>.

En el mismo sentido, Escobar, Lobo y Sala<sup>8</sup> mencionan que la seguridad del paciente se ha resumido en uno de los asuntos primordiales de cualquier sistema de salud. A su sucesión, los eventos adversos, considerados como hechos relacionados al trabajo asistencial que sospechan efectos dañinos para los usuarios, involucran dificultades de ineficiencia en los múltiples sistemas de salud.

En la atención de salud, la calidad se ha transformado en una superioridad competitiva para los hospitales. La comunidad reclama cada vez más la perfección en los servicios a los que son ofrecidos, lo que hace que sea necesaria la adaptación en los procesos de organización y el progreso de una cultura organizacional y de seguridad en el apoyo a los usuarios<sup>9</sup>.

En un resultado de investigación llevado a cabo con profesionales de enfermería y psicología, se encontró que 95,2% de los enfermeros proponen la seguridad del

paciente como un tema muy importante en la atención de salud y un elemento obligatorio del cuidado de calidad<sup>10</sup>.

La OMS<sup>11</sup> proyecta que, en el rango mundial, cada año, millones de pacientes soportan daños discapacitantes o fallecen como resultado de manejo médico o cuidado inseguro. Alrededor de uno de cada 10 pacientes sufre alguna lesión luego de recibir cuidado sanitario en hospitales modernos. Por otra parte, se desconoce en relación a la carga del cuidado inseguro en el ámbito de los múltiples hospitales, donde se ofrece en mayor proporción los servicios de salud a nivel mundial.

El costo económico a consecuencia de las atenciones ofrecidas sin tener en cuenta las precauciones de seguridad también es abrumador. El cuidado inseguro crea costos médicos y de hospitalización, infecciones del nosocomio, pérdida de ingresos, discapacidad y juicios que en muchos países suponen entre US\$ 6000 millones y US\$ 29 000 millones por año. El costo por año concebido por los inyectables administrados sin cautelas de seguridad se estima en US\$ 535 millones en gastos de salud directos<sup>12</sup>.

En relación a la ocurrencia de daños adversos evidenciadas en diferentes estudios<sup>13</sup> fundamentadas primordialmente en auditorias de historias clínicas, esta alrededor de 2,9% hasta el 16,6%, siendo entre ellos las más destacadas por la gran proporción de hospitales implicados, el Estudio de Harvard Medical Practice, Utah y Colorado y Quality in Australian Health Care<sup>14</sup>.

En nuestro país (Perú), de acuerdo a un estudio con metodología operativa, los investigadores Espíritu, Lavado, Pantoja, Lam, Barrientos y Centeno<sup>15</sup> hallaron una tasa de eventos adversos del 3,9% en el Hospital Nacional Dos de Mayo por medio de una vigilancia activa entre el primero de octubre de 2005 y el 31 de marzo de 2006. Los daños adversos más prevalentes fueron las infecciones intrahospitalarias, con 241 (70%), y el

servicio de neonatología es el que tiene el mayor número de casos. En segundo lugar, la causa de eventos adversos fue las reacciones adversas a medicamentos, con 49 (14,2%) casos, de ellos 39 (79,6%) sucedieron durante el tratamiento antirretroviral.

Por otra parte, uno de los factores que según la literatura influye en la seguridad del paciente es justamente el clima organizacional, concibiendo este como el grupo de características que especifican el ambiente de trabajo de una organización y que despliega efecto sobre el comportamiento, las relaciones y las actitudes de las personas<sup>16</sup>.

Analizar el clima organizacional en el campo de la salud forma parte en la actualidad como una de las herramienta estratégicas que ayudan a la mejora continua de la institución, ya que a través de su interpretación se consiguen identificar elementos clave que admiten incrementar la calidad de vida laboral, y con ello la calidad de atención de salud que se otorgan a la comunidad<sup>17</sup>.

Una investigación llevado a cabo en Brasil, con el objetivo de conocer las barreras y oportunidades que los profesionales de enfermería descubren en su práctica clínica para el pleno desarrollo de la cultura de la seguridad del paciente, reconoce la necesidad que perciben las enfermeras de promocionar una cultura de seguridad, tomando el liderazgo en el tema<sup>18</sup>.

Ferreira y Chiminelli<sup>19</sup> concluyeron en su informe de investigación que nacieran elementos específicos desde la práctica de las enfermeras responsables de un daño adverso, generando la importancia del ámbito organizacional donde efectúan la asistencia, la falta de conocimiento del proceso de notificación como aspecto por mejorar, la carga de trabajo y la limitación de descanso del trabajador.

Da Silva, De Souza y Saturno<sup>20</sup> informaron es necesario beneficiarse de la buena percepción de la interacción interna en los diferentes unidades/servicios, priorizan la

racionalidad de la dotación de recursos humanos, promover la responsabilidad colaborada y la coordinación entre unidades/servicios y evidenciar una actitud más visiblemente proactiva hacia la seguridad del paciente por parte de los directivos. Asimismo, los servicios de farmacia y centro quirúrgico, y el servicio de enfermería, establecen factores enérgicamente relacionados a la percepción positiva de la cultura de seguridad, y también deben servir de *benchmark* para otros servicios y profesiones.

En este contexto, frente a esta problemática, se decidió llevar a cabo una investigación con el objetivo de determinar el clima organizacional y su relación con la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general:**

Se planteó la siguiente interrogación:

¿Cuál es la relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015?

### **1.2.2. Problemas específicos:**

- ¿Cuál es la relación entre el clima organizacional del área de identificación con la institución y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería en estudio?
- ¿Cuál es la relación entre el clima organizacional del área de relaciones interpersonales y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería en estudio?

- ¿Cuál es la relación entre el clima organizacional del área de ambiente y condiciones de trabajo y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería en estudio?
- ¿Cuál es la relación entre el clima organizacional del área de situaciones de cambio y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería en estudio?

### **1.3. Objetivo General:**

- Determinar la relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.

### **1.4. Objetivos Específicos:**

- Establecer la relación entre el clima organizacional del área de identificación con la institución y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería en estudio.
- Evaluar la relación entre el clima organizacional del área de relaciones interpersonales y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería en estudio.
- Conocer la relación entre el clima organizacional del área de ambiente y condiciones de trabajo y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería en estudio.
- Establecer la relación entre el clima organizacional del área de situaciones de cambio y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería en estudio.

## **1.5. Justificación de la investigación**

### **1.5.1. A nivel teórico**

El estudio tuvo su justificación en el contexto teórico porque se tuvieron en cuenta los conceptos básicos de la teoría del mundo social; así como también con los modelos para el estudio del clima organizacional como Likert, Leavitt, y Litwin y Stringer.

De igual modo, nuestros resultados sirvieron de insumo informacional a las autoridades del salud del Hospital en estudio, para que incorporen nuevos enfoques y estrategias de gestión sanitaria que puedan ser concordantes con los nuevos paradigmas existentes cuyo propósito principal es garantizar la cultura de seguridad del paciente ofreciendo un servicio de calidad.

### **1.5.2. A nivel práctico**

A nivel práctico, esta investigación trató de contribuir aportando datos sobre dos problemas que son centrales en nuestro sistema de salud: la cultura de seguridad del paciente y el clima organizacional, a fin de diseñar las opciones correspondientes que nos permitan elevar la calidad de los servicios de salud que se ofertan a la población.

### **1.5.3. A nivel metodológico**

Metodológicamente se justificó porque se puso a disposición a la comunidad académica de dos instrumentos válidos y confiables para evaluar, tanto la cultura de seguridad del paciente como el clima organizacional en instituciones de salud.

## **1.6. Limitaciones de la investigación**

- **Antecedentes.-** Existe escasa información sobre el tema tratado especialmente a nivel local.

- **Colaboración.-** Se requiere compromiso autentico de los participantes de la investigación.
  
- **Laboratorio de trabajo.-** No se cuenta con un campo de trabajo para desarrollar adecuadamente la investigación.

### **1.7. Viabilidad de la investigación**

Se cuenta con los recursos humanos necesarios para el desarrollo de esta investigación teniendo en cuenta a los participantes así como el apoyo del asesor y jurados respectivos, también se cuenta con los recursos materiales como: útiles de escritorio, instrumento de diagnóstico y el escenario del hospital y con el tiempo empleado para desarrollar esta investigación, comprendido desde abril del 2015 a setiembre del 2015. El financiamiento para cubrir esta investigación será autofinanciado.

Por todo lo expuesto anteriormente es viable realizar la presente investigación.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEORICO

#### 2.1. Antecedentes de investigación

Dentro de los antecedentes de investigación relacionados al tema en estudio, se consideraron los siguientes:

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

En España, en el año 2015, Bernalte, Orts y Maciá<sup>21</sup> llevaron a cabo un estudio titulado "Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica", con el objetivo de evaluar las percepciones, opiniones y conductas que tienen enfermeros y auxiliares de enfermería sobre seguridad del paciente en el servicio quirúrgico de un hospital público del Sistema Nacional de Salud español. Describir fortalezas y debilidades/oportunidades de mejora según criterios de la Agency for Healthcare Research and Quality y conocer el número de incidentes de seguridad notificados. Estudio observacional, transversal, llevado a cabo utilizando la versión española del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture. La muestra estuvo constituida por profesionales de enfermería que aceptaron participar en el estudio voluntariamente y cumplían los criterios de selección. Se realizó un análisis descriptivo e inferencial en función de la naturaleza de las variables y las condiciones de aplicación de los test estadísticos. Significación  $p < 0,05$ . Respondieron 74 profesionales de enfermería (63,2%). No se encontró ninguna fortaleza en el servicio quirúrgico, y las áreas principales que necesitan mejora corresponden a «Dotación de personal» (64,0%) y «Apoyo de la gerencia del hospital en materia de seguridad del paciente» (52,9%). El 52,3% (n = 65) califica el grado de seguridad del paciente entre 7 y 8,99 (en una escala de 10); el 79,7% (n = 72) no notificó ningún incidente durante el último año. La varianza

total explicada por el modelo de regresión fue 0,56 para «Frecuencia de eventos notificados» y 0,26 para «Percepción de seguridad».

Asimismo, en Colombia, en el año 2014, los investigadores Ferreira y Chiminelli<sup>22</sup> desarrollaron un estudio cualitativo exploratorio, con el enfoque de la hermenéutica dialéctica, bajo el título de “Aspectos significativos surgidos de la experiencia de haber sido responsable de un evento adverso en salud” y con el objetivo de conocer los aspectos significativos para las enfermeras sobre su experiencia de haber sido responsables de un evento adverso en salud. Se utilizó la técnica de análisis de contenido. Muestra constituida por doce enfermeras que tuvieron al menos una experiencia de responsabilidad ante un evento adverso con un paciente, y por cuatro supervisores de enfermería con responsabilidad de supervisión al ocurrir el evento adverso. Bajo el enfoque de la hermenéutica dialéctica, el análisis de los datos permitió construir las siguientes categorías relacionadas con la organización de salud y los recursos humanos: el contexto organizacional, el desconocimiento del proceso de notificación, la sobrecarga de trabajo, la ausencia de descanso.

También, en la Región de Murcia (España), durante el periodo 2013, Da Silva, De Souza y Saturno<sup>23</sup> efectuaron un estudio titulado “Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles” y con el objetivo de describir la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) en una red de hospitales públicos, según las percepciones de los profesionales sanitarios, y analizar la asociación de factores sociolaborales. Se realizó una encuesta a 1.113 profesionales de ocho hospitales españoles, a través de un cuestionario con 12 dimensiones de la CSP. Las percepciones se describen mediante los Porcentajes de Respuestas Positivas (PRP) y Negativas (PRN) a cada dimensión, y se analiza la asociación de factores con regresión lineal múltiple. La dimensión “trabajo en equipo en la unidad” se destacó con el mayor PRP (73,5%) y “dotación de personal” con el mayor PRN (61%). Los factores más asociados a la CSP (p

< 0,05) fueron el “servicio” (farmacéutico y quirúrgico) y la “profesión” (enfermería), ambos de forma positiva.

En el año 2011, Gómez, Arenas, González, Garzón, Mateus y Soto<sup>24</sup> en Bogotá, Colombia, llevaron a cabo un estudio titulado como “Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia”, donde establecieron el objetivo de describir la percepción de dicha cultura referida por el personal de enfermería en instituciones prestadoras de servicios de salud del tercer nivel de complejidad que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud. Estudio descriptivo, transversal, exploratorio. La muestra estuvo constituida por 201 profesionales y técnicos en enfermería que aceptaron participar voluntariamente y cumplieron los requisitos de inclusión planteados. La medición se realizó con el instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture. El cuestionario fue autoadministrado después de informar el propósito y cumplir las consideraciones éticas. La cultura de seguridad del paciente referida por el personal de enfermería se evidencia por resultados positivos en la coordinación y comunicación eficaz dentro de las unidades y la percepción generalizada de que la gerencia se interesa en la seguridad del paciente. En los aspectos a mejorar se destaca la percepción de personal insuficiente y el alto flujo de personal ocasional percibidos como riesgos en la atención que afecta la seguridad del paciente. Los participantes del estudio indican que al notificar eventos adversos se llevarán a cabo acciones punitivas en su contra.

### **A nivel nacional**

Por otra parte, en el Perú, en el 2013, Del Rio, Munares y Montalvo<sup>25</sup>, de la Universidad Nacional San Luis Gonzaga de Ica, publicaron en la Revista Médica Panacea de la referida Universidad la investigación “Clima organizacional en trabajadores de un hospital general de Ica, Perú”. El objetivo de esta investigación fue identificar la percepción del Clima Organizacional en trabajadores de un Hospital General de Ica. Es

un estudio descriptivo transversal, que incluyó 7 grupos ocupacionales. Se incluyó a 178 trabajadores del hospital, seleccionados mediante muestreo aleatorio proporcional a grupos ocupacionales. El instrumento fue un cuestionario con 55 preguntas a través de las cuales se valoró el Potencial humano, Diseño organizacional y Cultura organizacional, con sus 11 dimensiones. Se calificó según puntuación como clima no saludable de 55 a 128, clima por mejorar de 129 a 202, y clima saludable de 203 a 275. Los resultados indican que el clima organizacional percibido por los trabajadores del Hospital tuvo un puntaje promedio de 164 es decir un clima por mejorar. El 12.9% de trabajadores percibió un clima saludable. De las 11 dimensiones estudiadas, el clima que se percibió fue por mejorar, excepto en identidad, dimensión en la cual se tuvo, en promedio, un clima saludable. Sin embargo, la identidad según grupos ocupacionales, tuvo un clima por mejorar en el grupo de enfermeras, técnicos, otros profesionales y artesanos.

En Lima- Perú, los investigadores Espíritu, Lavado, Pantoja, Lam, Barrientos y Centeno<sup>26</sup> ejecutaron un estudio titulado “Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima”, con el objetivo de establecer un sistema de notificación de eventos adversos (EA) en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Diseñaron un Investigación operativa, centrada en la puesta en funcionamiento de un sistema de notificación voluntario, confidencial y con vigilancia activa entre el 1 de octubre de 2005 y el 31 de marzo de 2006. El modelo para el abordaje de los EA fue de carácter sistémico. Del total de egresos en ese período fue de 8.964 y la cantidad de eventos reportados fue de 347, lo que arrojó una tasa de EA del 3,9%. El total de eventos potenciales fue 12 (0,13%). Los EA más frecuentemente reportados fueron: neumonía hospitalaria, 61 (17,6%); reacción adversa medicamentosa (RAM), 49 (14,1%), e infección de herida operatoria, 39 (11,2%), entre otras.

## **A nivel local**

Y, en Huánuco-Perú, durante el periodo 2015, Espinoza<sup>27</sup> llevó a cabo un estudio con el título de “Cultura de seguridad del paciente por profesionales de enfermería en el Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014”, y con el objetivo de determinar la percepción del profesional de enfermería sobre la cultura de seguridad del paciente. Es un estudio descriptivo simple con 82 profesionales de enfermería del Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco, durante el periodo 2014. En la recolección de datos se utilizó una escala sobre cultura de seguridad del paciente. Para el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrado de bondad de ajuste. En general, 95,1% (78 enfermeros) manifestaron una percepción media de la cultura de seguridad del paciente, asimismo tuvieron 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 halló diferencias significativas estadísticamente entre estas frecuencias ( $P \leq 0,000$ ).

## **2.2. Bases teóricas**

En relación a las bases teóricas que sustentó el tema en estudio, se tuvieron en cuenta las siguientes teorías:

### **2.2.1. La teoría del mundo social**

La teoría bourdiesiana o teoría del mundo social trata de emprender las relaciones entre estructura, subjetividad y acción social mediante sus concepciones de *habitus* y *campo*, pero acentuando su carácter histórico. En tal sentido Bourdieu<sup>28</sup> explica: “Por estructuralismo o estructuralista, se dice que existen en el mundo social mismo, y no solo en los sistemas simbólicos, lenguaje, mito, etc. estructuras objetivas, independientes de la conciencia y de la voluntad de los agentes, que son capaces de orientar o coaccionar

sus prácticas o sus representaciones”. Bourdieu opina “que hay una génesis social de una parte de los esquemas de percepción, de pensamiento y de acción, que son constitutivos de lo que llamo *habitus*, y por otra parte, por estructuras, y en particular de lo que llama campos y grupos, especialmente de lo que se llama generalmente las clases sociales”.

El tema central del constructivismo bourdieusiano es el comienzo histórico de las estructuras sociales, *los campos*, y de las disposiciones de los agentes, *los habitus*, pero también, las asociaciones que se entrelazan entre ambos constructos<sup>29</sup>.

Por otra parte, la teoría bourdieusiana nos recomienda que para acercarnos a la cultura de la seguridad del paciente debemos tener conocimiento en forma completa de la realidad social en la que se encuentre. En este sentido, Mary Douglas<sup>30</sup> informa que “cualquier interpretación parcial de las reglas de otra cultura está destinada a fracasar, ya que el único modo por el que las ideas de contaminación adquieren sentido es haciendo referencia a la estructura total del pensamiento...”, y Bourdieu añade, a las estructuras objetivas que las conforman. Para acercarnos a la cultura de la seguridad del paciente, en relación a sus prácticas sociales, tenemos que poner de manifiesto la realidad social de los servicios de salud, articulando lo subjetivo y lo objetivo. Todo esto nos lo admite Bourdieu a través de los elementos centrales de *campo* y *habitus*, implantadas en una teoría donde es importante la relación de sus conceptos, donde uno solicita, expide, al otro<sup>31</sup>.

### **2.2.2. Modelos para el estudio del clima organizacional**

Es conocido que existen múltiples modelos para analizar el clima organizacional, sin embargo se tomarán en cuenta aquellos más notables: Likert, Leavitt, y Litwin y Stringer.

- **El clima organizacional según Likert**

Este modelo contiene tres tipos de variables que establecen los rasgos propios de una organización, las cuales influyen en la percepción particular del clima: variables explicativas o estructurales, intermedias, y finales o dependientes. En cuanto a las primeras se hallan la estructura de la organización y su administración, reglas, decisiones, competencia y actitudes. Las intermedias, expresan el estado interno y la salud de una institución y constituyen los procesos organizacionales. Entre ellas están la motivación, la actitud, los objetivos, la eficacia de la comunicación y la toma de decisiones. Las variables finales, designadas también dependientes, son las que provienen a consecuencia de las variables independientes y de las intermedias, por lo que expresan los logros conseguidos por la organización, entre ellas están la productividad, los gastos de la empresa, las ganancias, las pérdidas y la calidad de vida en el trabajo<sup>32</sup>.

En resumen y en cláusulas más metodológicas el modelo Lickert<sup>33</sup> mide la percepción del clima en razón de ocho dimensiones:

- “1. los métodos de mandos
2. las características de las fuerzas motivacionales
3. las características de los modelos de comunicación
4. las características de los procesos de influencia
5. las características de los procesos de toma de decisiones
6. las características de los procesos de control
7. los objetivos de rendimiento y de perfeccionamiento”

- **El clima organizacional según Leavitt**

El modelo Leavitt<sup>34</sup> toma en cuenta para el constructo del clima organizacional las siguientes dimensiones:

- “1. autonomía individual.
2. estructura.
3. sistema general de recompensas.
4. atención de los superiores.
5. cooperación y capacidad de resolver conflictos.”

- **El clima organizacional según Litwin y Stringer**

Por último, otro modelo también referido por Ruiz<sup>35</sup> es el de Litwin y Stringer, donde estos autores dan cuenta de los siguientes aspectos como componiendo el clima organizacional:

- “1. Estructura. Percepción de las obligaciones, de las reglas y de las políticas.
2. Responsabilidad individual. Sentimiento de autonomía.
3. Remuneración. Percepción de equidad en la remuneración.
4. Riesgos y toma de decisiones. Percepción del nivel de reto y de riesgo
5. Apoyo. Los sentimientos de apoyo y de amistad entre los empleados.
6. Tolerancia al conflicto.”

## **2.3. Bases conceptuales**

### **2.3.1. Cultura de seguridad del paciente**

#### **2.3.1.1. Definiciones**

El concepto de cultura de seguridad del paciente concierne a un conjunto de creencias y actitudes que nacen del progreso investigativo y la pericia diaria, enfocadas a suministrar un inmenso bienestar a la persona de cuidado<sup>36</sup>.

También la cultura de seguridad del paciente suele definirse como “el producto de los valores, actitudes, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos que determinan el compromiso, el estilo y la capacidad de una organización de salud o de un sistema de seguridad”<sup>37</sup>.

La seguridad del paciente además es el conjunto de elementos estructurales, procesos y metodologías establecidas en certezas estudiosamente comprobadas, que se encaminan a reducir el riesgo de sufrir un daño adverso en la atención sanitaria o de aminorar sus consecuencias<sup>38</sup>.

Y, la cultura de seguridad del paciente es igualmente una fusión de valores, normas, ética y modelos de conducta admisibles, donde mantienen una perspectiva auto-disciplinado respecto del surgimiento de la seguridad más allá de las exigencias legales y reglamentadas. Del mismo modo, la cultura de la seguridad tiene que ser indispensable a los pensamientos y acciones de la totalidad de las personas en todos los niveles de un organismo<sup>39</sup>.

#### **2.3.1.2. Dimensiones**

La concepción de seguridad en el ámbito de la salud es extenso y complejo, ya que contiene varias categorías o dimensiones de análisis que trasciende de lo macro a lo particular: seguridad humana, seguridad hospitalaria, seguridad clínica y seguridad del

paciente. Estas cualidades se relacionan entre sí, pero cada una posee riesgos individuales donde es obligatorio valorar y agenciar. A continuación se presentan brevemente.

#### **a. Seguridad humana**

La noción de “seguridad humana” se manejó a inicios de los años 1990 como equivalente de paz social y ausencia de guerra<sup>40</sup>. Primeramente se le asoció con el desarrollo social y se empleó para promocionar la protección de las personas contra riesgos a los que está expuesto, hacia las condiciones de seguridad para una existencia saludable, fructífera y de mayor calidad. Bajo la perspectiva del desarrollo social, la seguridad humana contiene las siguientes siete dimensiones: política, económica, ambiental, personal, comunitaria, salud y alimentación<sup>41</sup>. El Índice de Desarrollo Humano se maneja como parámetro para valorar el desarrollo social, donde la esperanza de vida y la tasa de mortalidad en menores de cinco años se utilizan como trazadoras del estado de salud de la comunidad<sup>42</sup>. El concepto de seguridad humana es reciente y la Organización de las Naciones Unidas lo manipuló en el año 2000 como parte del cuadro conceptual para precisar los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio<sup>43</sup>.

En el año 2002, la directora general de la Organización Mundial de la Salud subrayó la relación entre seguridad humana y salud, al certificar que “la salud para todos es indispensable para la seguridad humana y la buena salud es indispensable para la seguridad futura del planeta”<sup>44</sup>. Por su parte, la directora de la Organización Panamericana de la Salud ha destacado que “la seguridad humana significa proteger las libertades vitales. Significa proteger a las personas expuestas a ciertas situaciones, robusteciendo su fortaleza y aspiraciones”<sup>45</sup>.

## **b. Seguridad hospitalaria**

La noción de seguridad hospitalaria se maneja desde la década de 1980 y en 2004, los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud, ratificaron una resolución sobre seguridad hospitalaria y constituyeron como meta la cimentación de hospitales con un nivel de amparo que les acceda prolongar ofreciendo servicios inclusive en situaciones de desastre<sup>46</sup>. En enero de 2005 se llevó a cabo la “Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres” en Kobe, Hyogo, Japón, donde 168 países confirmaron la meta mencionada y dentro de las medidas de disminución de riesgo concertaron constituir la planificación de la reducción del riesgo de desastres en el sector salud, con el fin de contar con “hospitales a salvo de desastres”, y que la construcción de nuevos hospitales se formalice con un grado de firmeza que fortifique su capacidad para seguir funcionando en contextos de desastre. Por su parte, durante la Vigésima Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana se consideró la sucesiva definición operativa de hospital seguro: “establecimiento de salud cuyos servicios permanecen accesibles y funcionan a su máxima capacidad y en su misma infraestructura durante una amenaza natural e inmediatamente después de la misma”. Asimismo, se estableció que la debilidad funcional del hospital es la primordial causa de falta de servicio luego de un desastre<sup>47,48</sup>.

Los hospitales efectúan significativas funciones asistenciales y de salud pública, como también en otros campos como la enseñanza y la investigación, razones necesarios para fortificar su seguridad<sup>49</sup>. La seguridad hospitalaria se fundamenta en introducir situaciones de seguridad para la vida de los individuos, el personal de salud y los familiares. Para valorar el grado de seguridad se maneja el “Índice de Seguridad Hospitalaria”, que contiene elementos estructurales, no estructurales y funcionales. Este índice admite saber si la seguridad es alta, media o baja y para establecerlo se utiliza un instrumento de valoración rápida, confiable y de bajo costo<sup>50</sup>.

### **c. Seguridad clínica**

Esta condición es esencial para la seguridad de los pacientes, ya que en ella se encierran tareas de seguridad sobre el diagnóstico, tratamiento, procesos de atención, insumos manipulados y capacidad del personal de salud. Como ocurre con los otros tipos de seguridad explicados, la seguridad clínica no es reciente y ciertas divulgaciones mencionan su origen desde la época de Hipócrates<sup>51</sup>.

La seguridad clínica se corresponde estrechamente con la cualidad gerencial y la “microgestión” que efectúan los jefes de los servicios clínicos<sup>52</sup>. Operativamente, dicha seguridad obedece esencialmente de dos factores:

- a) Conocimientos, actitudes y habilidades de los profesionales de salud.** Se refiere a la capacidad y desempeño de los trabajadores de salud, que deben ser evaluados y gestionados persistentemente por los jefes de servicio, debido a que la incompetencia es un riesgo para la seguridad clínica de los pacientes.
  
- b) Condiciones ambientales y de operación de los servicios donde se internan los pacientes.** Se refiere a la disposición de infraestructura, equipos e insumos en las mejores situaciones posibles para manipular los servicios de salud. Ambientes insalubres, insumos en mal estado, falta de protocolos y equipos descompuestos o no calibrados, componen riesgos ambientales para la seguridad clínica. La disponibilidad de esos elementos estriba en gran medida de la capacidad de los gerentes clínicos para gestionarlos.

De los tipos de seguridad explicados, la seguridad clínica es la que se relaciona más directamente con el proceso de atención de los individuos, por lo que existe estrecha relación con el origen de los eventos adversos, los cuales son definidos por la Organización Mundial de la Salud como “incidentes que producen daño al paciente”<sup>53</sup>. De acuerdo con lo anterior, el evento adverso es una expresión de “inseguridad clínica” y

para atenuarla algunos países han perfeccionado programas específicos y “unidades de gestión de riesgos clínicos hospitalarios”. Estos programas y unidades están bajo el mando de personal del propio hospital, ya que se parte de la premisa de que cada hospital tiene problemas de seguridad propios y sus recursos humanos están en mejor posición que otros para descubrirlos, analizarlos y controlarlos<sup>54</sup>.

#### **d. Seguridad del paciente**

Debido a que se encuentra relación estrecha entre buena práctica médica y la seguridad del paciente, la Organización Mundial de la Salud ha decidido promover la “Guía curricular sobre seguridad del paciente para escuelas de medicina”, con el fin de provocar la seguridad desde el proceso formativo<sup>55</sup>. En México, el Reglamento de la Ley General de Salud precisa que la atención de salud médica se debe realizar “de acuerdo con los principios científicos y éticos que la orientan”<sup>56</sup>, lo que puede tomarse como equivalente de “buena praxis”.

Entre las medidas más actuales para mejorar la seguridad del paciente se hallan la vigilancia de medicamentos, de equipos médicos y de tecnologías<sup>57</sup>, así como el lavado de manos y el uso de una lista de verificación quirúrgica. La Organización Mundial de la Salud ha determinado campos de investigación para crear conocimiento que ayude a optimizar la calidad y la seguridad del paciente<sup>58</sup> y la Organización Panamericana de la Salud ha hecho lo suyo en el continente<sup>59</sup>.

En el cuadro de la acreditación que lleva a cabo la Secretaría de Salud de México, la seguridad se precisa como “los mínimos indispensables de protección técnica en los procesos de atención médica que se le brindan al paciente”. Parafraseando esta definición se puede decir que “la atención médica es segura cuando cumple con requerimientos técnicos básicos”. Esta premisa de seguridad del paciente también lo es para la calidad sanitaria, ya que aquella forma parte de ésta y ambas tienen estrecha correspondencia<sup>60</sup>.

### **2.3.1.3. Rondas de calidad y seguridad del paciente.**

Es una herramienta recomendada para incrementar la seguridad de todos aquellos servicios relacionados con el cuidado de los pacientes. Consiste en una visita planificada donde los líderes de la organización demuestran su preocupación por la seguridad de los pacientes y que el objetivo de una atención segura es verdaderamente una prioridad estratégica. Se involucra a todo el personal en el propósito de construir una organización altamente confiable. En todo momento se guardará una actitud educativa con el objetivo de identificar oportunidades para mejorar la calidad y seguridad de la atención del paciente<sup>61</sup>.

### **2.3.2. Clima organizacional**

#### **2.3.2.1. Conceptualización**

La concepción del clima organizacional ha animado el interés en varios estudiosos y se han llevado a cabo cuantiosos estudios tanto en organizaciones de industria, de empresas, de salud y de educación, entre otras.

En el momento que se analiza el clima organizacional, se considera que aún no existe una unión teórica acerca de su conceptualización. Múltiples autores<sup>62</sup>, trazan que clima y cultura organizacional son lo mismo cuando los conceptualiza como la personalidad y el carácter de una organización, Ouchi<sup>63</sup>, determina el clima como un elemento más de la cultura, pues proyecta que la tradición y el clima componen la cultura organizacional de una institución, Gonçalves<sup>64</sup>, establece que el clima organizacional se asocia con los contextos y características del ambiente laboral las cuales forman percepciones en los trabajadores que aquejan su comportamiento.

Por su parte Zapata<sup>65</sup>, lo expone como partes dependientes entre sí que contribuyen al progreso y cambio organizacional. Por lo tanto, al analizar el clima organizacional es obligatorio determinar, por un lado, los diferentes componentes que

forman el concepto de clima y por el otro, los diferentes métodos de diagnóstico manejados en la actualidad en las organizaciones y su desarrollo. Los elementos y los métodos, admiten hacer un análisis que manifiesta la actitud hacia la organización por parte del personal de salud al tiempo que ayudan al desarrollo de cambios positivos en las mismas.

Un componente significativo en la definición del clima organizacional lo da el conjunto de percepciones, mediadas por factores internos y externos, de los que conforman la organización en cuanto a cómo se desenvuelven las acciones dentro del sistema organizado para dar respuesta a los objetivos trazados para la empresa. Los factores y las estructuras de una organización llevan a un determinado clima, en función a las percepciones de los trabajadores, este clima consiguiente provoca explícitos comportamientos en los pacientes y a la vez inciden en el funcionamiento de la organización, y por consiguiente, en el clima, por lo que se manifiestan en forma sistémica<sup>66</sup>.

En las investigaciones examinadas se valoran tendencias y regularidades explícitas. También, cabe señalar que en los estudios de clima organizacional concurren tres enfoques para su definición que están en subordinación de los aspectos que toman en cuenta varios de los estudiosos. Los enfoques señalados son: el estructuralista, el subjetivo y el de síntesis<sup>67</sup>.

Por tanto, en razón de esta diversidad de enfoques, y para el desarrollo de este argumento, se toma la definición de clima organizacional como: “El ambiente donde se reflejan las facilidades o dificultades que encuentra la persona para aumentar o disminuir su desempeño, o para encontrar su punto de equilibrio. Es decir, la percepción que tienen las personas, de cuáles son las dificultades que existen en una organización y la influencia que sobre estos ejercen las estructuras organizativas, factores internos o externos del

proceso de trabajo actuando como facilitadores o entorpecedores del logro de la calidad de los objetivos de la organización”<sup>68</sup>.

### 2.3.2.2. Dimensiones

Dentro de las dimensiones consideramos<sup>69</sup>:

- **Relaciones:** es una dimensión integrada por las subescalas Implicación, Cohesión y Apoyo, que evalúan el grado en que los empleados están interesados y comprometidos en su trabajo y el grado en que la dirección apoya a los empleados y les anima a apoyarse unos a otros.
- **La autorrealización u orientación hacia unos objetivos:** se aprecia por medio de las sub-escalas Autonomía, Organización y Presión, que evalúan el grado en que se estimula a los empleados a ser autosuficientes y a tomar sus propias decisiones la importancia que se da a la buena planificación, eficiencia y terminación de las tareas y el grado en que la presión en el trabajo o la urgencia dominan el ambiente laboral.
- **Estabilidad/cambio:** es la dimensión apreciada por las sub-escalas Claridad, Control, Innovación y Comodidad; estas sub-escalas evalúan el grado en que los empleados conocen lo que se espera de su tarea diaria y cómo se les explican las normas y planes de trabajo; el grado en que la dirección utiliza las normas y la presión para controlar a los empleados; la importancia que se da a la variedad, al cambio y a las nuevas propuestas y, por último, el grado en que el entorno físico contribuye a crear un ambiente de trabajo agradable.

### 2.3.2.3. Características de clima organizacional

Existe una serie de características de comportamientos organizacionales según Antonio<sup>70</sup>.

**\_Comunicación.** Esta característica se basa en las redes de comunicación que existe dentro de la organización así como la facilidad que tiene los empleados de hacer que se escuchen sus quejas en la dirección.

**\_Relaciones de grupo.** Comunicación asertiva y respeto entre los individuos de un equipo para solventar los problemas que se susciten en el desarrollo de las actividades de los empleados.

**\_Desempeño.** Percepción de contenido y descripción del puesto, valoración de los resultados.

**\_Liderazgo.** Es la habilidad de inspirar y guiar a los subordinados hacia el logro de los objetivos y de una visión.

**\_Motivación.** Acciones llevadas por la organización para asegurar el reconocimiento del esfuerzo de las labores y percepción del interés sobre los empleados.

## **2.4. Hipótesis**

### **2.4.1. Hipótesis general:**

Ha: Existe una relación significativa entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.

Ho: No existe una relación significativa entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.

### **2.4.2. Hipótesis descriptivas:**

Ha<sub>1</sub>: Existe una relación significativa entre el clima organizacional del área de identificación con la institución y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería en estudio.

Ha<sub>2</sub>: Existe una relación significativa entre el clima organizacional del área de relaciones interpersonales y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería en estudio.

Ha<sub>6</sub>: Existe una relación significativa entre el clima organizacional del área de ambiente y condiciones de trabajo y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería en estudio.

Ha<sub>11</sub>: Existe una relación significativa entre el clima organizacional del área de situaciones de cambio y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería en estudio.

## **2.5. Variables**

### **2.5.1. Variable de independiente:**

Cultura de seguridad del paciente

### **2.5.2. Variable dependiente:**

Clima organizacional

### **2.5.3. Variables de caracterización:**

Características sociodemográficas

Características laborales.

## 2.6. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA
<b>VARIABLES DEPENDIENTES:</b>				
Cultura de seguridad del paciente	Seguridad en el área de trabajo	Encuesta del Hospital de Cultura de Seguridad del Paciente	Alta Media Baja	Ordinal
	Seguridad brindada por la Dirección		Alta Media Baja	Ordinal
	Seguridad desde la comunicación		Alta Media Baja	Ordinal
	Frecuencia de sucesos notificados		Alta Media Baja	Ordinal
	Seguridad desde la atención primaria		Alta Media Baja	Ordinal
Clima organizacional	Identificación con la institución	Inventario de clima organizacional	Muy favorable Favorable Desfavorable	Ordinal
	Relaciones interpersonales		Muy favorable Favorable Desfavorable	Ordinal
	Comunicaciones		Muy favorable Favorable Desfavorable	Ordinal
	Posición actual		Muy favorable Favorable	Ordinal

			Desfavorable	
	Reconocimiento		Muy favorable Favorable Desfavorable	Ordinal
	Ambiente y condiciones de trabajo		Muy favorable Favorable Desfavorable	Ordinal
	Dirección		Muy favorable Favorable Desfavorable	Ordinal
	Capacitación y desarrollo		Muy favorable Favorable Desfavorable	Ordinal
	Remuneraciones		Muy favorable Favorable Desfavorable	Ordinal
	Exigencia en el mercado		Muy favorable Favorable Desfavorable	Ordinal
	Situaciones de cambio		Muy favorable Favorable Desfavorable	Ordinal
<b>VARIABLES DE CARACTERIZACION:</b>				
Caracterización de la muestra	Características socio demográficas	Edad	Años	De razón
		Sexo	Masculino Femenino	Nominal
		Estado civil	Casado Conviviente Soltero	Nominal

			Viudo Separado	
		Nivel de estudios	Especialización Maestría Doctorado Educación continuada	Nominal
	Características laborales	Servicio en el que labora	Medicina Cirugía Pediatría Neonatología UCI	Nominal
		Situación laboral	Nombrado Contratado	Nominal
		Años de experiencia profesional como enfermera	Años	De razón
		Años de experiencia profesional en el servicio que se desempeña actualmente dentro de la institución	Años	De razón

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. Tipo de investigación**

El estudio de investigación fue de tipo observacional según la intervención del investigador, debido a que no existió manipulación de variables.

Respecto a la planificación de la toma de datos, el estudio fue prospectivo, en el tiempo presente.

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio, fue transversal, ya que la medición fue en una sola ocasión.

Y, según el número de variables de interés, el estudio fue analítico, debido a que se realizó un análisis bivariado.

##### **3.1.1. Enfoque**

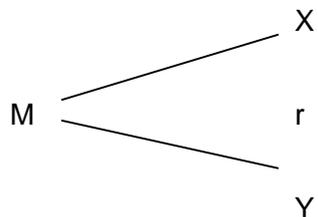
Es un estudio cuantitativo puesto que las variables serán medidas así como las hipótesis.

##### **3.1.2. Alcance o nivel**

Es un estudio descriptivo debido a que describiera el fenómeno y también es un estudio explicativo puesto que el problema de investigación ofrece una solución.

### 3.1.3. Diseño del estudio

Para efecto de la investigación se consideró el diseño correlacional:



Dónde:

**M** = Muestra

**X** =Variable clima organizacional

**y** = Variable cultura de seguridad del paciente

**r**= La relación probable entre las variables

## 3.2. Población y muestra

### 3.2.1. Población

La población estuvo conformada por todos los profesionales de enfermería del Hospital Hermilio Valdizán de Huánuco, que en total fueron 56 enfermeros.

<b>Población</b>	<b>Cantidad</b>
Hospitalización de medicina	10
Hospitalización de cirugía	15

Hospitalización de UCI	10
Hospitalización de pediatría	13
Hospitalización de neonatología	8
<b>Total</b>	<b>56</b>

### **. Criterios de inclusión y exclusión**

**Criterios de inclusión:** Se incluyeron en el estudio:

- Personal de enfermería contratado o nombrado.
- Personal de enfermería que labora en los servicios de hospitalización de los servicios de Medicina, Cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Pediatría y Neonatología.
- Personal de enfermería con aceptación del consentimiento informado.

**Criterios de exclusión:** se excluyeron del estudio:

- Personal de enfermería con permiso o licencia.
- Personal de enfermería que realiza solamente acciones administrativas.
- Personal de enfermería con rotación eventual en el servicio..

### **¿ Ubicación de la población en espacio y tiempo**

El estudio se llevó a cabo en los servicios de hospitalización de Medicina, Cirugía, UCI, Pediatría y Neonatología del Hospital Hermilio Valdizán Medrano, ubicado en el distrito, provincia y departamento de Huánuco. La duración del estudio estuvo comprendida entre los meses de abril a diciembre del 2015.

### **3.2.2. Muestra**

**3.2.1. Unidad de análisis:** Profesional de enfermería.

**3.2.2. Unidad de muestreo:** Igual que la unidad de análisis.

**3.2.3. Marco muestral:** Rol de enfermería de cada área de servicio.

**3.2.4. Tamaño de muestra:** la población muestral, está conformado por 56 profesionales de enfermería en estudio que trabajan en los servicios de hospitalización, Medicina, Cirugía, Unidad de cuidados intensivos (UCI), Pediatría y Neonatología en el Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano de Huánuco.

**3.2.5. Tipo de muestreo:** La selección de la muestra, se obtuvo mediante el muestreo no probabilístico se trabajó con 56 profesionales de enfermería en los cuales se consideró según criterio de inclusión y exclusión de la unidad de análisis.

### **3.3. Técnicas e instrumento de recolección de datos**

#### **Método**

El método utilizado fue:

- Descriptivo y deductivo

#### **Instrumentos**

Asimismo, el instrumento de investigación fue:

- a. Inventario del clima organizacional;** la cual estuvo conformada por información referida a las variables de caracterización como las sociodemográficas y las laborales. Asimismo, estuvo compuesto por 78 preguntas valoradas con respuestas de nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. El inventario corresponde a la autoría de Carlos Cáceres Ochoa<sup>71</sup> de la Universidad Nacional Federico Villarreal.

**Puntuación:**

- Alta (siempre y casi siempre).- Puntuación de 5 (siempre) y 4 (casi siempre).
- Media (a veces).- puntuación de 3
- Baja (casi nunca y nunca).-puntuación de 2 (casi nunca) y 1 (nunca).

**b. Escala sobre cultura de seguridad del paciente;** donde se consideraron datos relacionados sobre la cultura de seguridad del paciente, para lo cual se utilizó la versión española del instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture<sup>72</sup>, instrumento que permitió evaluar la cultura de seguridad del paciente mediante la escala de Lickert. (Anexo 02).

**Puntuación**

- Muy favorable (totalmente de acuerdo y de acuerdo).- puntuación de 5 (totalmente de acuerdo) y 4 (de acuerdo).
- Favorable ( Ni de acuerdo, ni en desacuerdo).- puntuación de 3
- Desfavorable (desacuerdo y totalmente en desacuerdo).-puntuación de 2 (desacuerdo) y 1 (totalmente en desacuerdo).
- 

**Validez y confiabilidad de los instrumentos**

Referente a la validación de los instrumentos, se tuvieron en cuenta la evaluación del contenido por jueces mediante la valoración de cinco jueces de especialidad relacionados al tema. En forma unánime los cinco jueces acordaron considerar aprobado para su ejecución, con ciertas recomendaciones que fueron tomadas en cuenta.

Asimismo, mediante una prueba piloto realizado en el C.S. Carlos Showing Ferrari en una muestra de 12 enfermeros, se llevó a cabo el análisis de confiabilidad, donde se

encontró un coeficiente de alfa de cronbach de 0,88 para el inventario de clima organizacional y de 0,91 para la escala de cultura de seguridad del paciente.

### **3.3.1. Procedimientos de recolección de datos**

Para llevar a cabo el estudio se realizó los siguientes procedimientos:

- Solicitud de permiso a la Dirección del Hospital en estudio.
- Se realizó previo a la recolección una validación de contenido y validación cuantitativa del instrumento en estudio.
- Luego, se capacitaron a encuestadores y supervisores para la recolección de la información propiamente dicha.
- Se solicitó el consentimiento de los participantes en estudio.
- Se aplicó los instrumentos para la toma de datos durante la investigación, la cual tomo un tiempo de 45 minutos por cada profesional de enfermería.
- La recolección se realizó entre los meses de setiembre y octubre del 2015.

### **3.3.2. Presentación de datos**

Se consideraron las siguientes fases:

- Revisión de los datos, donde se tuvieron en cuenta el control de calidad de los datos, con el fin de poder hacer las correcciones pertinentes.
- Codificación de los datos. Se transformaron en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en el instrumento, según las variables del estudio.
- 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.

### **3.3.3. Análisis e interpretación de datos**

En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

En la comprobación de la hipótesis, luego del análisis de la prueba de normalidad, se utilizó el coeficiente de correlación de Rho de Spearman, con un nivel de significancia de 0,05. En todo el procesamiento de los datos se utilizará el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 20.0.

#### **Aspectos éticos de la investigación**

Dentro de las consideraciones éticas, en primer lugar se tuvieron en cuenta la elaboración de un consentimiento informado (Anexo 03), debido a que existió contacto con los investigados.

Asimismo, se tuvo en cuenta las revisiones por parte del asesor y miembros del jurado.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS DE RESULTADOS

#### 4.1. Resultados descriptivo

##### 4.1.1. Características generales:

Tabla 01. Características sociodemográficas de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>Frecuencia (n=56)</b>	<b>%</b>
<b>Edad en años</b>		
27 a 36	18	32,1
37 a 46	8	14,3
47 a 56	13	23,2
57 a 64	17	30,4
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	5	8,9
Femenino	51	91,1
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
<b>Estado civil</b>		
Casado	33	58,9
Conviviente	10	17,9
Soltero	13	23,2
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
<b>Nivel de estudios</b>		
Especialización	25	44,6
Maestría	4	7,1
Educación continuada	27	48,2

---

<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
--------------	-----------	--------------

---

**Fuente:** Inventario del clima organizacional (Anexo 01).

En cuanto a las características sociodemográficas de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que el 32,1% (18 enfermeros) presentaron edades entre 27 a 36 años, asimismo, el 91,1% (51 enfermeros) fueron del sexo femenino, el 58,9% (33 enfermeros) se encontraban con la condición de casados

Tabla 02. Características laborales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

<b>Características laborales</b>	<b>Frecuencia (n=56)</b>	<b>%</b>
<b>Servicio</b>		
Medicina	12	21,4
Cirugía	11	19,6
Pediatría	12	21,4
Neonatología	9	16,1
UCI	12	21,4
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
<b>Situación laboral</b>		
Nombrado	25	44,6
Contratado	31	55,4
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
<b>Años de experiencia profesional como enfermera</b>		
3 a 11	23	41,1
12 a 20	15	26,8
21 a 30	18	32,1
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>
<b>Años de experiencia laboral en el servicio</b>		
2 a 11	52	92,9
12 a 21	3	5,4
22 a 30	1	1,8
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Inventario del clima organizacional (Anexo 01).

Respecto a las características laborales de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que el 21,4% (12 enfermeros) pertenecieron a los servicios de Medicina,

Pediatría y UCI, cada una, el 19,6% al servicio de Cirugía y el 16,1% al servicio de Neonatología. El 55,4% (31 enfermeros) tuvieron situación laboral de contratado, el 41,1% (23 enfermeros) presentaron experiencia profesional como enfermera entre 3 a 11 años y el 92,9% (52 enfermeros) tuvieron experiencia laboral en el servicio entre 2 a 11 años.

#### 4.1.2. Características del clima organizacional:

Tabla 03. Clima organizacional en la dimensión identificación con la institución de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

<b>Identificación con la institución</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Muy favorable	47	83,9
Favorable	6	10,7
Desfavorable	3	5,4
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Inventario del clima organizacional (Anexo 01).

En relación a la dimensión identificación con la institución del clima organizacional, se encontró que la mayoría de los enfermeros del 83,9% (47) valoraban de forma muy favorable la dimensión y el 10,7% (6 enfermeros) juzgaban de favorable. Sin embargo, el 5,4% de los enfermeros opinaban de desfavorable la identificación con la institución.

Tabla 04. Clima organizacional en la dimensión relaciones interpersonales de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

<b>Relaciones interpersonales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Muy favorable	43	76,8
Favorable	10	17,9
Desfavorable	3	5,4
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Inventario del clima organizacional (Anexo 01).

Con respecto a la dimensión relaciones interpersonales del clima organizacional, se encontró que la mayoría de los enfermeros del 76,8% (43) apreciaban de forma muy favorable la dimensión y el 17,9% (10 enfermeros) calificaban de favorable. Sin embargo, el 5,4% de los enfermeros juzgaban de desfavorable las relaciones interpersonales.

Tabla 05. Clima organizacional en la dimensión ambiente y condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

<b>Ambiente y condiciones de trabajo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Muy favorable	41	73,2
Favorable	13	23,2
Desfavorable	2	3,6
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Inventario del clima organizacional (Anexo 01).

En relación a la dimensión ambiente y condiciones de trabajo del clima organizacional, se encontró que la mayoría de los enfermeros del 73,2% (41) estimaban de forma muy favorable la dimensión y el 23,2% (13 enfermeros) juzgaban de favorable. Sin embargo, el 3,6% de los enfermeros opinaban de desfavorable el ambiente y condiciones de trabajo.

Tabla 06. Clima organizacional en la dimensión situaciones de cambio de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

<b>Situaciones de cambio</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Muy favorable	44	78,6
Favorable	10	17,9
Desfavorable	2	3,6
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Inventario del clima organizacional (Anexo 01).

Concerniente a la dimensión situaciones de cambio del clima organizacional, se encontró que la mayoría de los enfermeros del 78,6% (44) apreciaban de forma muy favorable la dimensión y el 17,9% (10 enfermeros) juzgaban de favorable. Sin embargo, el 3,6% de los enfermeros consideraban de desfavorable las situaciones de cambio.

Tabla 07. Clima organizacional de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

<b>Clima organizacional</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Muy favorable	45	80,4
Favorable	8	14,3
Desfavorable	3	5,4
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Inventario del clima organizacional (Anexo 01).

En general, en relación al clima organizacional, se encontró que la mayoría de los enfermeros del 80,4% (45) valoraban de forma muy favorable y el 14,3% (8 enfermeros) calificaban de favorable. Sin embargo, el 5,4% de los enfermeros apreciaban de desfavorable el clima organizacional.

#### 4.1.3. Características de la cultura de seguridad del paciente:

Tabla 08. Cultura de seguridad del paciente en la dimensión seguridad en el área de trabajo de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

<b>Seguridad en el área de trabajo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	11	19,6
Media	38	67,9
Baja	7	12,5
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de cultura de seguridad del paciente (Anexo 02).

En cuanto a la cultura de seguridad del paciente en la dimensión seguridad en el área de trabajo de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 67,9% (38 enfermeros) revelaron una percepción media, sin embargo el 19,6% (11 enfermeros) afirmaron una percepción alta y en cambio el 12,5% (7 enfermeros) se encontró en una percepción baja.

Tabla 09. Cultura de seguridad del paciente en la dimensión seguridad brindada por la Dirección de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

<b>Seguridad brindada por la Dirección</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	31	55,4
Media	22	39,3
Baja	3	5,4
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de cultura de seguridad del paciente (Anexo 02).

Referente a la cultura de seguridad del paciente en la dimensión seguridad brindada por la Dirección de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 55,4% (31 enfermeros) manifestaron una percepción alta, sin embargo el 39,3% (22 enfermeros) afirmaron una percepción media y en cambio el 5,4% (3 enfermeros) se encontró en una percepción baja.

Tabla 10. Cultura de seguridad del paciente en la dimensión seguridad desde la comunicación de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

<b>Seguridad desde la comunicación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	1	1,8
Media	53	94,6
Baja	2	3,6
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de cultura de seguridad del paciente (Anexo 02).

En relación a la cultura de seguridad del paciente en la dimensión seguridad desde la comunicación de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 94,6% (53 enfermeros) indicaron una percepción media, sin embargo el 1,8% (1 enfermero) afirmó una percepción alta y en cambio el 3,6% (2 enfermeros) se encontró en una percepción baja.

Tabla 11. Cultura de seguridad del paciente en la dimensión seguridad desde la atención primaria de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

<b>Seguridad desde la atención primaria</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	30	53,6
Media	17	30,4
Baja	9	16,1
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de cultura de seguridad del paciente (Anexo 02).

Referido a la cultura de seguridad del paciente en la dimensión seguridad desde la atención primaria de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 53,6% (30 enfermeros) manifestaron una percepción alta, sin embargo el 30,4% (17 enfermeros) afirmaron una percepción media y en cambio el 16,1% (9 enfermeros) se encontró en una percepción baja.

Tabla 12. Cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

<b>Cultura de seguridad del paciente</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
Alta	10	17,9
Media	44	78,6
Baja	2	3,6
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>100,0</b>

**Fuente:** Escala de cultura de seguridad del paciente (Anexo 02).

Y, en general, en cuanto a la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró que la mayoría del 78,6% (44 enfermeros) mostraron una percepción media, sin embargo el 17,9% (10 enfermeros) alegaron una percepción alta y en cambio el 3,6% (2 enfermeros) se encontró en una percepción baja.

## 4.2. Resultados inferencial

Tabla 13. Distribución normal del clima organizacional y cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

<b>Variables/dimensiones</b>	<b>Estadístico</b>	<b>gl</b>	<b>Significancia</b>
Clima organizacional	0,27	56	0,000
Identificación con la institución	0,20	56	0,000
Relaciones interpersonales	0,18	56	0,000
Comunicaciones	0,25	56	0,000
Posición actual	0,25	56	0,000
Reconocimiento	0,26	56	0,000
Ambiente y condiciones de trabajo	0,20	56	0,000
Dirección	0,24	56	0,000
Capacitación y desarrollo	0,17	56	0,000
Remuneraciones	0,16	56	0,001
Exigencia en el mercado	0,18	56	0,000
Situaciones de cambio	0,24	56	0,000
Cultura de seguridad del paciente	0,27	56	0,000

Fuente: Anexo 01 y 02.

Respecto a la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov sobre la distribución de los datos se encontró significancia estadística (P) menor que el valor teórico de 0,05 en relación a las variables clima organizacional ( $p \leq 0,000$ ) y cultura de seguridad del paciente ( $p \leq 0,000$ ). De igual modo, mostraron significancia estadística las dimensiones del clima organizacional ( $p \leq 0,05$ ). Por lo tanto, tanto las variables y las dimensiones no siguen una distribución normal.

Tabla 14. Relación entre el clima organizacional en la dimensión identificación con la institución y la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

VARIABLES	Muestra	Cultura de seguridad del paciente	
		Rho de Spearman	Significancia
Identificación con la institución	56	0,41	0,002

Fuente: Anexo 01 y 02.

En cuanto a la relación entre el clima organizacional en la dimensión identificación con la institución y la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró un coeficiente de Rho de Spearman de 0,41 y una  $p \leq 0,002$ , expresando significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente, o también podemos afirmar que existe una relación significativa entre el clima organizacional en la dimensión identificación con la institución y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco.

Tabla 15. Relación entre el clima organizacional en la dimensión relaciones interpersonales y la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

VARIABLES	Muestra	Cultura de seguridad del paciente	
		Rho de Spearman	Significancia
Relaciones interpersonales	56	0,35	0,008

Fuente: Anexo 01 y 02.

Con respecto a la relación entre el clima organizacional en la dimensión relaciones interpersonales y la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró un coeficiente de Rho de Spearman de 0,35 y una  $p \leq 0,008$ , expresando significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente, o también podemos afirmar que existe una relación significativa entre el clima organizacional en la dimensión relaciones interpersonales y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco.

Tabla 16. Relación entre el clima organizacional en la dimensión ambiente y condiciones de trabajo y la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

VARIABLES	Muestra	Cultura de seguridad del paciente	
		Rho de Spearman	Significancia
Ambiente y condiciones de trabajo	56	0,39	0,003

Fuente: Anexo 01 y 02.

En cuanto a la relación entre el clima organizacional en la dimensión ambiente y condiciones de trabajo y la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró un coeficiente de Rho de Spearman de 0,39 y una  $p \leq 0,003$ , expresando significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente, o también podemos afirmar que existe una relación significativa entre el clima organizacional en la dimensión ambiente y condiciones de trabajo y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco.

Tabla 17. Relación entre el clima organizacional en la dimensión situaciones de cambio y la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

VARIABLES	Muestra	Cultura de seguridad del paciente	
		Rho de Spearman	Significancia
Situaciones de cambio	56	0,36	0,006

Fuente: Anexo 01 y 02.

En cuanto a la relación entre el clima organizacional en la dimensión situaciones de cambio y la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró un coeficiente de Rho de Spearman de 0,36 y una  $p \leq 0,006$ , expresando significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente, o también podemos afirmar que existe una relación significativa entre el clima organizacional en la dimensión situaciones de cambio y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco.

Tabla 18. Relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015

VARIABLES	Muestra	Cultura de seguridad del paciente	
		Rho de Spearman	Significancia
Clima organizacional	56	0,39	0,003

Fuente: Anexo 01 y 02.

Y, en cuanto a la relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de enfermería en estudio, se encontró un coeficiente de Rho de Spearman de 0,39 y una  $p \leq 0,003$ , expresando significancia estadística, es decir, estas variables se relacionan significativamente, o también podemos afirmar que existe una relación significativa entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco.

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

#### 5.1. Discusión de los resultados

En lo concerniente a la hipótesis general planteada “Existe una relación significativa entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015”, los resultados nos revelan que estas variables están significativamente correlacionadas ( $p \leq 0,003$ ), por lo que se debe proveer toda la importancia que el caso amerite, en la medida en que pueden contribuir significativamente a lograr entidades de salud verdaderamente de calidad con los mínimos índices de sucesos adversos.

Asimismo, se debe informar que estos resultados se encuentran en la misma línea que los alcanzados por Torres, Torres, Solís, Grajeda, Danielli y Coronel<sup>73</sup> quienes comunican que mediante sus resultados estadísticos indican que el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente se hallan relacionados significativamente. Igualmente, han atinado que las enfermeras valoran mejor el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente que los galenos.

Por su parte, Alvarado<sup>74</sup> demostró que por medio del análisis correlacional entre el clima Organizacional y la cultura de seguridad del paciente, revelan que existen correlaciones significativas entre los totales de estas variables.

Múltiples estudios muestran que opiniones positivas sobre el clima organizacional están relacionadas a la asimilación de comportamientos seguros, mejora en la comunicación, realización de programas de capacitación, disminución de eventos adversos, entre otros, favoreciendo la meta de prácticas seguras en la atención del usuario<sup>75</sup>.

También, Del Río, Munares y Montalvo<sup>76</sup>, señalan que es inevitable mejorar el clima organizacional de los establecimientos de salud, poniendo en ejecución un plan de

intervención con planes de mejora del ambiente organizacional. Es decir, un clima organizacional óptimo debe generar un mejor manejo de la cultura de seguridad del paciente.

Betancourt, Cepero y Gallo<sup>77</sup> manifiestan que para favorecer la seguridad del paciente es fundamental extender el ambiente relacionado a la actividad de salud, asimismo, no desconocer que el ambiente de trabajo es un sistema complejo.

Por otro lado, se debe mencionar también que se ha coincidido con el trabajo de López<sup>78</sup>, quien notifica que la cultura de seguridad del paciente va contiguo con el sistema de garantía de la calidad en salud estimulado por políticas de nivel internacional que precisan los lineamientos en la coalición de criterios de procesos y procedimientos en la labor asistencial.

Otro estudio efectuado con enfermeras y psicólogos muestra que el 95,2% de los enfermeros indican considerar la seguridad del paciente actualmente como una cuestión muy importante en el cuidado de la salud y un elemento necesario de la asistencia de calidad<sup>79</sup>.

Por último, el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en razón a la calidad de la atención y seguridad del paciente determina que: “Las intervenciones de atención de salud se realizan con el propósito de beneficiar al paciente pero también pueden causarles daño. La combinación compleja de procesos, tecnología e interacciones humanas, que constituyen el sistema moderno de prestación de atención de salud, pueden aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos”<sup>80</sup>.

En cuanto a las limitaciones, solo podemos manifestar que no se pudo demostrar causa-efecto, debido a que el diseño corresponde a un estudio transversal.

## CONCLUSIONES

Llegamos a las siguientes conclusiones:

- En cuanto a la percepción del clima organizacional, el 80,4% (45 enfermeros) valoraban de forma muy favorable, el 14,3% (8 enfermeros) calificaban de favorable y el 5,4% juzgaban de desfavorable.
- Asimismo, frente a la percepción de la cultura de seguridad del paciente, el 78,6% (44 enfermeros) mostraron una percepción media, el 17,9% (10 enfermeros) alegaron una percepción alta y el 3,6% (2 enfermeros) manifestaron una percepción baja.
- Por otro lado, en forma general se encontró relación significativa entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería, con una  $p \leq 0,003$ .
- Y, la cultura de seguridad del paciente se correlaciona significativamente entre el clima organizacional en las dimensiones identificación con la institución, relaciones interpersonales, comunicaciones, posición actual, reconocimiento, ambiente y condiciones de trabajo, dirección, capacitación y desarrollo, remuneraciones, exigencia en el mercado y situaciones de cambio, todas con  $p \leq 0,05$ .

## RECOMENDACIONES

Se establecer las siguientes recomendaciones:

- Se debería realizar más estudios sobre el clima organizacional y cultura de seguridad del paciente en todos los servicios del hospital, para saber del bienestar del trabajador e implementar así políticas de mejoras y al final el principal beneficiado sea el paciente.
- Comunicar los resultados del presente estudio a todo el personal asistencial y no asistencial del Hospital en estudio.
- Promover en el equipo directivo en forma activa el compromiso con la seguridad del paciente.
- Monitorear los registros de los incidentes y/o eventos adversos que se suscitan en los distintos servicios de nuestro hospital.
- Implementar mejoras en los servicios asistenciales del Hospital, aprovechando los resultados obtenido en el clima organizacional y cultura de seguridad del paciente, lo que facilitaría tanto a las jefaturas como directivos a poner en marcha las mejoras junto con los trabajadores.
- Se deben normar los temas de seguridad del paciente de tal manera que se pueda tratar como un problema del equipo de salud y no como un problema individual.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Malagón G, Galán R, Pontón G. Administración hospitalaria. Bogotá: Médica Panamericana. 2008.
2. Organización Mundial de la Salud. Derecho a la salud, 2013. Nota descriptiva N° 323 [internet]. [Consultado febrero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
3. García-Barbero M. La Alianza Mundial para la seguridad del paciente. Monografías Humanitas. 2005;8:209–20.
4. Halligan M, Zevevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:338–43.
5. Pelaes O. Relación entre el clima organizacional y la satisfacción del cliente en una empresa de servicios telefónicos [tesis para obtención de grado]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
6. Segredo A. Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2013;39(2), 383–393.
7. Organización Mundial de la Salud / Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Resumen de la evidencia sobre la seguridad del paciente: implicaciones para la investigación. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety. Geneva: World Health Organization; 2008.
8. Escobar B, Lobo M, Sala J. Calidad asistencial, seguridad del paciente e ineficiencia: estudio de campo en un hospital de primer nivel. *Revista del Instituto Internacional de Costos*, julio/diciembre 2009;(5):271-305.
9. Bonato VL. Gestión de la calidad de la Salud: mejorar el apoyo de gestión de calidad de la Salud al cliente: mejorando asistencia al cliente. São Paulo. 2011;35(5):319–31.
10. Nieva VF, Sorra, J. Evaluación de la cultura de seguridad: una herramienta para mejorar la seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias. *Qual Saf Health Care* 2003; 12 (Suppl II): 17-23.

11. 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.
12. Ibid. P. 45.
13. Woods D, Thomas E, Holl J, Altman S, Brennan T. Eventos adversos y eventos adversos prevenibles en niños. *Pediatrics*, 2005 January; 115(1):155-160.
14. Aranaza JM, Aibar C, Gea MT, León MT. Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clin (Barc)* 2004;123(1):21-5.
15. 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.
16. Bernal I, Pedraza NA, Sánchez ML. El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales* 2015;31:8–19.
17. Pelaes O. Op. Cit. P. 18.
18. Martínez AA, Hueso C, Gálvez G. Fortalezas y amenazas en torno a la seguridad del paciente según la opinión de los profesionales de enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(3):42-29.
19. Ferreira-Umpiérrez AH, Chiminelli-Tomás V. Aspectos significativos surgidos de la experiencia de haber sido responsable de un evento adverso en salud. *Aquichan*. 2014; 14 (3): 294-302.
20. Da Silva ZA, De Souza AC, Saturno PJ. Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos españoles. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2013;29(2):283-293.
21. Bernalte-Martí V, Orts-Cortés MI, Maciá-Soler L. Percepción de los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería sobre cultura de seguridad del paciente en el área quirúrgica. 2015;25(05).

22. Ferreira-Umpiérrez AH, Chiminelli-Tomás V. Op. Cit. . 294.
23. Da Silva ZA, De Souza AC, Saturno PJ. Op. Cit. P. 283.
24. Gómez O, Arenas W, González L, Garzón J, Mateus E, Soto A. Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. Ciencia y Enfermería 2011; 17(3):97-111.
25. Del Rio-Mendoza JRJ, Munares-Lovaton A, Montalvo-Valdez H. Clima organizacional en trabajadores de un hospital general de Ica. Rev méd panacea. 2013; 3(1): 11-14.
26. Espíritu N, Lavado G, Pantoja L, Lam C, Barrientos M, Centeno R. Op. Cit. P. 335.
27. Espinoza Y. Cultura de seguridad del paciente por profesionales de enfermería en el Hospital Hermilio Valdizán Medrado de Huánuco 2014. [Tesis de pregrado]. Huánuco – Perú: Universidad de Huánuco; 2015.
28. Bourdieu P. La distinción. Criterio y bases sociales del gusto. México: Taurus; 2002.
29. De la Garza E. Hacia dónde va la teoría social. En Tratado Latinoamericano de Sociología 2000.
30. Douglas M. Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Madrid: Siglo XXI; 1993.
31. Bourdieu P. La lógica de los campos. Zona Erógena. 1993; (16).
32. Ruiz LI. Sociología de las organizaciones, Deusto 1999, Bilbao.
33. Ibid. P. 18.
34. Ibid. P. 25.
35. Ibid. P 44.
36. Sistema Nacional de Salud (NHS). Agencia Nacional para Seguridad del Paciente (NPSA). Agencia de calidad del sistema nacional de salud. La seguridad del paciente en siete pasos. [Internet] Reino Unido [Citado el 17 de febrero de 2015]. Disponible en: [http://www.sefh.es/carpetasecretario/7\\_PASOS.pdf](http://www.sefh.es/carpetasecretario/7_PASOS.pdf)

37. Comité Asesor de la Comisión de Salud y Seguridad en la seguridad de las instalaciones nucleares. Organizarse en pos de la seguridad: tercer informe del grupo de estudio ACSNI sobre factores humanos. Sudbury: HSE Books; 1993.
38. Gómez AI. Dilemas Éticos Frente a la seguridad del Paciente. Cuidar es pensar. Aquichan 2006;6.
39. El Foro Nacional de Calidad. Prácticas seguras para una mejor atención médica. NQF, Washington 2007.
40. Rojas-Aravena F. Seguridad humana, prevención de conflictos y paz. Chile: Moufida Goucha Editores; 2002. pp. 35-46.
41. Pérez de Armiño K. El concepto y el uso de la seguridad humana: análisis crítico de sus potencialidades y riesgos. Revista CIDOB d' Afers Internacionals diciembre 2006-enero 2007;76:59-77.
42. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Definición y medición del desarrollo humano. En: Informe sobre Desarrollo Humano. Bogotá, Colombia: Tercer Mundo Editores; 1990. pp. 31-45.
43. Rosado BL, Martínez SJ. Gestión de riesgos desde la visión de la gestión hospitalaria. Rev Calidad Asistencial 2005;20:110-114.
44. Organización Mundial de la Salud. Alocución de la Dra. Gro Harlem Brundtland durante la 55ª. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2002. pp. 1-4.
45. Roses PM. Seguridad humana: una mirada desde la salud pública. Presentación realizada en la LXVII Reunión Anual USMBHA/AFMES "Seguridad Humana: Una nueva respuesta fronteriza", Mayo de 2009. Disponible en <http://66.101.212.220/mirtaroses/index.php?id=94>.
46. Organización Panamericana de la Salud. 45ª. Reunión del Consejo Directivo. Informe sobre la repercusión de los desastres en los establecimientos de salud. Washington, DC: OPS; 2004. pp. 6-7. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd45-27-s.pdf>.

47. Organización Mundial de la Salud. 58ª Asamblea Mundial de la Salud. Primer Informe de la Comisión A. Acción Sanitaria en relación con las crisis y los desastres, con especial referencia a los terremotos y maremotos sufridos por Asia meridional el 26 de diciembre de 2004. Disponible en [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/A58\\_49-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_49-sp.pdf).
48. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 27ª. Conferencia Sanitaria Panamericana. Iniciativa regional sobre los establecimientos sanitarios capaces de resistir los efectos de los desastres. Documento de trabajo para la Conferencia. Washington, DC: OPS/OMS; 2007. pp. 1-2. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/gov/csp/csp27-12-s.pdf>.
49. Organización Panamericana de la Salud/Unión Europea. Preparativos en salud, agua y saneamiento para la respuesta local ante desastres. Quito: OPS; 2007. pp. 29-33.
50. Organización Panamericana de la Salud. Índice de seguridad hospitalaria. Guía del evaluador de hospitales seguros. Washington, DC: OPS; 2008. pp. 15-24.
51. Herrera RF, García EI. Una revisión histórica de la seguridad clínica. Madrid: Fundación Medicina y Humanidades Médicas, Fondo Editorial Humanitas, Monografía No. 8. 2006. pp. 10-12.
52. Aibar R. La seguridad clínica: pequeños pasos y grandes palabras. Rev Calidad Asistencial 2005;20:183-184.
53. OMS. El marco conceptual para la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Geneva: WHO; 2007. pp. 12-13.
54. Pardo R, Jara A, Padilla D, Fernández J, Hernández CJ, Manchen B. Puesta en marcha de una unidad de gestión de riesgos clínicos hospitalaria. Rev Calidad Asistencial 2005;20:211-215.
55. OMS. OMS guía curricular seguridad de los pacientes para las escuelas de medicina. Geneva: WHO; 2009. pp. 37-42.

56. Poder Ejecutivo Federal. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Capítulo 1. De Disposiciones Generales, artículo 9. Diario Oficial de la Federación del 29 de abril de 1986.
57. Organización Mundial de la Salud. 55ª. Asamblea Mundial de la Salud. Calidad de la atención: seguridad del paciente. Informe de la Secretaría. Ginebra, Suiza: OMS; 2002. pp. 5-6.
58. OMS. Seguridad del paciente. Global Priorities for patient safety research. Geneva: WHO; 2009. pp. 2-5.
59. Organización Panamericana de la Salud. Política y estrategia regional para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente. Documento de trabajo para la Conferencia, a realizarse en Washington, DC: OPS; 2007. pp. 5-8.
60. Secretaría de Salud. Manual para la acreditación y garantía de calidad en establecimientos para la prestación de servicios de salud. México: SSa; 2007. pp. 6-7.
61. De MDEI, Rondas LAS, Del DES. Manual de implementación de las rondas de seguridad del paciente. 2011.
62. Robbins S. Comportamiento Organizacional. 8va ed. México: Prentice Hall; 1999.
63. Ouchi W. Teoría Z. Bogotá: Editorial Norma; 1992.
64. Gonçalves AP. Dimensiones del Clima Organizacional. 1997.
65. Zapata DA. Métodos para la investigación de la Cultura Organizacional. Cali: Universidad del Valle; 2000.
66. Segredo AM, Reyes D. Clima organizacional en salud pública. Consideraciones generales. Correo Científico Médico de Holguín. 2004;8(3).
67. Segredo AM. Clima organizacional en la gestión del coordinador docente de estado en la Misión Médica Cubana. República Bolivariana de Venezuela, 2009 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2010.

68. Segredo Pérez AM. Caracterización del Sistema de Dirección en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Salud Pública. 2009 [citado 9 Mar 2015];35(4):78-109. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
69. Segredo Pérez AM. Clima organizacional y control interno. En: López Puig P, editor. Multimedia para el desarrollo del Control Interno en el Ministerio de Salud Pública y sus entidades subordinadas. La Habana: CEDISAP; 2011.
70. Cáceres C. Características del clima institucional y su relación con la satisfacción laboral en docentes de la Institución Educativa Miguel de Cervantes EIRL del distrito de Puente Piedra. Tesis para optar el grado de Maestro en Gestión y Administración de la Educación, Universidad Nacional Federico Villarreal, Lima, Perú; 2006.
71. Antonio López J. Clima organizacional y satisfacción laboral de profesores del colegio sagrados corazones padres franceses. [Programa de doctorado en gestión y políticas educativas]. Universidad de playa ancha; 2010.
72. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. [Internet] España [Citado el 24 de junio de 2015]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
73. Torres M, Torres T, 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.
74. 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.

75. El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N. Predictores y resultados de la cultura de seguridad del paciente en hospitales. *Qual Saf Health Care*. 2011;11(45):4-12.
76. Del Río J, Munares A, Montalvo H. Clima organizacional en trabajadores de un hospital general de Ica, Perú. *Revista Médica Panacea*. 2013;3(1).
77. Betancourt JA, Cepero RJ, Gallo CM. Factores que pueden afectar la seguridad del paciente. *AMC*. 2011;15(6):936-945.
78. López D. Seguridad del Paciente en la Prestación de Servicios de Salud de Primer Nivel de Atención. Tesis de Maestría. Universidad de Antioquía. 2008.
79. Nieva VF, Sorra, J. Op. Cit. P. 17.
80. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Seguridad del paciente. La investigación en seguridad del paciente. Ginebra: OMS. [Consultado febrero 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/research/es/>

# **ANEXOS**

CÓDIGO

FECHA: ----/----/----

## INVENTARIO DEL CLIMA ORGANIZACIONAL

**TÍTULO:** Clima organizacional y su relación con la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.

**INSTRUCCIONES:** Sr (a). A continuación se le presenta una serie de preguntas, lea detenidamente y con atención tómese 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. Características sociodemográficas:

1.1. Edad: \_\_\_\_\_ en años

1.2. Sexo:

Masculino ( )

Femenino ( )

1.3. Estado civil:

Casado ( )

Conviviente ( )

Soltero ( )

Viudo ( )

Separado ( )

1.4. Nivel de estudios (puede marcar más una respuesta):

Especialización ( )

Maestría ( )

Doctorado ( )

Educación continuada (Cursos, diplomados, otros) ( )

## II. Características laborales:

### 2.1. Servicio en el que labora:

- Medicina ( )
- Cirugía ( )
- Pediatría ( )
- Neonatología ( )
- UCI ( )

### 2.2. Situación laboral:

- Nombrado ( )
- Contratado ( )

2.3. Años de experiencia profesional como enfermera: \_\_\_\_\_ en años

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

## III. Características del clima organizacional:

**Instrucciones:** Este cuestionario contiene una serie de frases relativamente cortas que permite hacer una descripción de cómo se siente en su trabajo. Para ello debe responder con la mayor sinceridad posible a cada una de las oraciones que aparecen a continuación, de acuerdo a como piense o actúe.

Debe responder marcando con un aspa (X) sobre el número que le corresponda, según la siguiente escala:

1. Nunca
2. Casi nunca
3. A veces
4. Casi Siempre
5. Siempre

Frases	1	2	3	4	5
1. Me gusta comentar en mi círculo social que trabajo en mi institución.	1	2	3	4	5
2. En la dirección existe un alto nivel de colaboración e interés por apoyar el trabajo de los demás.	1	2	3	4	5
3. Recibo información suficiente y adecuada para realizar bien mi trabajo.	1	2	3	4	5
4. Estoy satisfecho con las funciones que me han asignado.	1	2	3	4	5
5. Me felicitan cuando realizo un buen trabajo.	1	2	3	4	5
6. Mi ambiente físico de trabajo es adecuado para el desarrollo de mis funciones.	1	2	3	4	5
7. Mi jefe inmediato emprende acciones eficaces que permiten desarrollar mi talento y capacidad.	1	2	3	4	5
8. Mi institución satisface mis expectativas de desarrollo profesional y personal.	1	2	3	4	5
9. Mi remuneración está acorde con las responsabilidades de mi cargo.	1	2	3	4	5
10. La carga de trabajo que tiene mi área está bien distribuida.	1	2	3	4	5
11. Considero que los cambios que se están realizando en mi institución son positivos.	1	2	3	4	5

12. Es un privilegio laborar aquí.	1	2	3	4	5
13. Recibo la colaboración que necesito de otros sectores de mi institución.	1	2	3	4	5
14. Mi jefe inmediato me escucha y toma en cuenta mis opiniones.	1	2	3	4	5
15. Siento que mi situación laboral en mi institución mejorará dentro de un año.	1	2	3	4	5
16. En mi institución los trabajadores bien calificados son promovidos.	1	2	3	4	5
17. Las condiciones de higiene en las instalaciones de la institución son adecuadas.	1	2	3	4	5
18. Mi jefe inmediato cumple con sus funciones de manera eficiente.	1	2	3	4	5
19. Tengo oportunidad de desarrollo y promoción dentro de mi línea de carrera laboral.	1	2	3	4	5
20. Mi remuneración está al nivel de los sueldos de mis colegas en el mercado.	1	2	3	4	5
21. Durante mi jornada laboral me encuentro ocupado en ejecutar tareas que no tienen valor agregado.	1	2	3	4	5
22. Los cambios que se están realizando en mi institución ayudan a mejorar mi situación dentro de la empresa.	1	2	3	4	5
23. Hay un sentido de "familia" o equipo.	1	2	3	4	5
24. Mantengo una buena relación con mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5
25. Existe una buena comunicación y coordinación entre los servicios.	1	2	3	4	5
26. Estoy satisfecho con mi actual cargo en mi institución.	1	2	3	4	5
27. La institución considera a su personal como el más importante de sus recursos.	1	2	3	4	5
28. Cuento con los materiales y equipos necesarios para realizar bien mi trabajo.	1	2	3	4	5
29. Siento el apoyo de mi jefe inmediato cuando me encuentro en dificultades.	1	2	3	4	5
30. Recibo los cursos de capacitación que realmente necesito para mejorar mi trabajo.	1	2	3	4	5
31. Mi institución otorga buenos y justos beneficios a sus trabajadores.	1	2	3	4	5
32. Cuento con el tiempo suficiente para cumplir adecuada y oportunamente con las tareas que me asignan.	1	2	3	4	5
33. Puedo obtener información sobre los cambios de puestos en mi institución.	1	2	3	4	5
34. Las personas están dispuestas a dar extra para hacer el trabajo.	1	2	3	4	5
35. Considero que mis compañeros de trabajo cumplen con las labores asignadas en forma eficiente.	1	2	3	4	5
36. Mantengo una buena comunicación con mis compañeros de trabajo.	1	2	3	4	5

37. Cuando veo lo que logramos, siento una sensación de orgullo.	1	2	3	4	5
38. En mi institución los trabajadores son reconocidos cuando realizan una buena gestión.	1	2	3	4	5
39. Me siento protegido ante condiciones inseguras de trabajo.	1	2	3	4	5
40. Mi jefe inmediato me permite participar de las decisiones que afectan mi trabajo.	1	2	3	4	5
41. La programación y los horarios de capacitación son adecuados.	1	2	3	4	5
42. A las personas aquí se les paga justamente por el trabajo que hacen.	1	2	3	4	5
43. Los horarios o turnos de trabajo son adecuados para realizar bien mis funciones.	1	2	3	4	5
44. Recibo información sobre lo que está sucediendo en mi institución.	1	2	3	4	5
45. Mi trabajo tiene un significado especial: este no es "sólo un trabajo".	1	2	3	4	5
46. Uno puede contar con la cooperación de las demás personas.	1	2	3	4	5
47. Tengo la confianza suficiente dentro de la institución para expresar mis ideas.	1	2	3	4	5
48. Me siento bien de la manera que contribuimos como institución a la comunidad.	1	2	3	4	5
49. Todos tienen oportunidad de recibir un reconocimiento especial.	1	2	3	4	5
50. Participo de las actividades culturales y recreacionales que mi institución organiza.	1	2	3	4	5
51. Mi jefe inmediato respalda a sus subordinados frente a sus superiores.	1	2	3	4	5
52. Se me ofrece entrenamiento para desarrollarme más profesionalmente	1	2	3	4	5
53. Tengo la percepción de posibilidades claras de permanencia en la institución.	1	2	3	4	5
54. A la gente le gusta venir a trabajar.	1	2	3	4	5
55. Las personas aquí se cuidan los unos a los otros.	1	2	3	4	5
56. Conozco los objetivos de mi área de trabajo.	1	2	3	4	5
57. Puedo ser yo mismo en mi lugar de trabajo.	1	2	3	4	5
58. Mi jefe muestra reconocimiento por el buen trabajo y por el trabajo extra.	1	2	3	4	5
59. Los materiales y equipos de trabajo están en buenas condiciones.	1	2	3	4	5
60. Mi jefe fomenta un adecuado ambiente de trabajo.	1	2	3	4	5
61. Cuando las personas cambian de función o de área de trabajo, se les hace sentir como en casa.	1	2	3	4	5
62. Pienso trabajar aquí hasta que me retire.	1	2	3	4	5
63. Las personas evitan hablar a espaldas de los demás al desempeñar su trabajo.	1	2	3	4	5
64. Las instrucciones que recibo son claras y precisas.	1	2	3	4	5
65. Siento que mi participación es importante.	1	2	3	4	5
66. Los ascensos se les da a quienes lo merecen.	1	2	3	4	5
67. En mi institución el ambiente es agradable.	1	2	3	4	5

68. Mi jefe tiene un panorama claro de los objetivos de la organización y que debemos hacer para lograrlos.	1	2	3	4	5
69. Mi jefe me mantiene informado acerca de cosas y cambios importantes.	1	2	3	4	5
70. Tomando todo en consideración, yo diría que este es un gran lugar donde trabajar.	1	2	3	4	5
71. Se me brinda sugerencias y opiniones sobre el trabajo realizado para poder mejorarlo.	1	2	3	4	5
72. Este es un lugar entretenido donde trabajar.	1	2	3	4	5
73. Mi jefe involucra a la gente en las decisiones que afectan su trabajo y su ambiente de trabajo.	1	2	3	4	5
74. Las comunicaciones en mi institución son adecuadas y oportunas.	1	2	3	4	5
75. Este es un lugar amistoso para trabajar.	1	2	3	4	5
76. Mi jefe hace un buen trabajo asignando y coordinando el personal.	1	2	3	4	5
77. Puedo hacer a mi jefe una pregunta razonable y recibir una respuesta directa.	1	2	3	4	5
78. Este es un lugar saludable (psicológica y emocionalmente) donde trabajar.	1	2	3	4	5



8. El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.	1	2	3	4	5
9. Cuando se detecta algún fallo, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	1	2	3	4	5
10. Sólo por casualidad no ocurren más errores en esta unidad.	1	2	3	4	5
11. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	1	2	3	4	5
12. Cuando se informa de un efecto adverso, se siente que se juzga a la persona y no el problema.	1	2	3	4	5
13. Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	1	2	3	4	5
14. Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer mucho, muy rápidamente.	1	2	3	4	5
15. La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo.	1	2	3	4	5
16. Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	1	2	3	4	5
17. En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5
18. Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	1	2	3	4	5
19. Mi jefe hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	1	2	3	4	5
20. Mi jefe considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5
21. Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefe quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga a riesgo la seguridad de los pacientes.	1	2	3	4	5
22. Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes aunque se repitan una y otra vez.	1	2	3	4	5
23. Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	1	2	3	4	5
24. El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	1	2	3	4	5
25. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	1	2	3	4	5
26. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	1	2	3	4	5
27. En esta unidad, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan a suceder.	1	2	3	4	5
28. El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	1	2	3	4	5
29. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿con qué frecuencia es notificado?	1	2	3	4	5

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

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del Proyecto**

“Clima organizacional y su relación con la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015”

- **Equipo de Investigadores (nombres, cargo en el proyecto, institución, teléfonos).**

CABANILLAS CABRERA, LUCIA ANDREA, alumna de Enfermería de la Universidad de Huánuco.

- **Introducción / Propósito**

La cultura de seguridad del paciente y el clima organizacional son temas muy importantes para brindar calidad de atención a nuestros usuarios.

- **Participación**

Participaran profesionales de enfermería.

- **Procedimientos**

Se le aplicara dos escalas en un tiempo aproximado de 60 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 los temas en estudio.

- **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.

- **Problemas o preguntas**

Escribir al:

Email: [mary261230@hotmail.com](mailto:mary261230@hotmail.com) o comunicarse al cel. 990333412, Rpm. #333420.

- **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**

Huella digital si el caso lo amerita

Firma del encuestado.....

Firma de la investigadora.....

Huánuco a las....., ....., del 2015

**CONSTANCIA DE VALIDACIÓN PARA JUECES SOBRE EL INSTRUMENTO  
OBJETO DE EVALUACION**

Yo, \_\_\_\_\_, con DNI N° \_\_\_\_\_, de profesión  
\_\_\_\_\_, ejerciendo actualmente como  
\_\_\_\_\_, en la Institución  
\_\_\_\_\_.

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:

---

---

---

En Huánuco, a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_.

---

Firma

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

ESTUDIO: “Clima organizacional y su relación con la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015”

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOS
<p><b>PROBLEMA GENERAL:</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>Determinar la relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.</p>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL:</b> Existe relación entre el clima organizacional y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.</p>	<p>Variable 01: Cultura de seguridad del paciente</p> <p>Variable 02: Clima organizacional</p>	<p>Tipo de estudio: Observacional, prospectivo, transversal y analítico.</p> <p>Diseño: Correlacional.</p> <p>Población: 56 profesionales de enfermería.</p> <p>Instrumento:</p> <p>Inventario de clima organizacional y cuestionario de cultura de seguridad del paciente</p>
<p><b>PROBLEMA ESPECIFICO (1)</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre el clima organizacional sobre identificación con la institución y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015?</p>	<p><b>OBJETIVO ESPECIFICO (1)</b></p> <p>Establecer la relación entre el clima organizacional sobre identificación con la institución y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.</p>	<p><b>HIPOTESIS ESPECIFICA (1):</b></p> <p>Existe relación entre el clima organizacional sobre identificación con la institución y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.</p>	<p>Variable 01: Cultura de seguridad del paciente</p> <p>Variable 02: Clima organizacional sobre identificación con la institución</p>	
<p><b>PROBLEMA ESPECIFICO (2)</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre el clima organizacional sobre relaciones interpersonales y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital</p>	<p><b>OBJETIVO ESPECIFICO (2)</b></p> <p>Evaluar la relación entre el clima organizacional sobre relaciones interpersonales y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán</p>	<p><b>HIPOTESIS ESPECIFICA (2):</b></p> <p>Existe relación entre el clima organizacional sobre relaciones interpersonales y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán</p>	<p>Variable 01: Cultura de seguridad del paciente</p> <p>Variable 02: Clima organizacional sobre</p>	

Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015?	de Huánuco 2015.	de Huánuco 2015.	relaciones interpersonales	
PROBLEMA ESPECIFICO (3)  ¿Cuál es la relación entre el clima organizacional sobre comunicaciones y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015?	OBJETIVO ESPECIFICO (3)  Medir la relación entre el clima organizacional sobre comunicaciones y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	HIPOTESIS ESPECIFICA (3):  Existe relación entre el clima organizacional sobre comunicaciones y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	Variable 01: Cultura de seguridad del paciente  Variable 02: Clima organizacional	
PROBLEMA ESPECIFICO (4)  ¿Cuál es la relación entre el clima organizacional sobre posición actual y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015?	OBJETIVO ESPECIFICO (4)  Valorar la relación entre el clima organizacional sobre posición actual y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	HIPOTESIS ESPECIFICA (4):  Existe relación entre el clima organizacional sobre posición actual y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	Variable 01: Cultura de seguridad del paciente  Variable 02: Clima organizacional sobre comunicaciones	
PROBLEMA ESPECIFICO (5)  ¿Cuál es la relación entre el clima organizacional sobre reconocimiento y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015?	OBJETIVO ESPECIFICO (5)  Evaluar la relación entre el clima organizacional sobre reconocimiento y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	HIPOTESIS ESPECIFICA (5):  Existe relación entre el clima organizacional sobre reconocimiento y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	Variable 01: Cultura de seguridad del paciente  Variable 02: Clima organizacional sobre reconocimiento	
PROBLEMA ESPECIFICO (6)  ¿Cuál es la relación entre el clima organizacional sobre ambiente y condiciones de	OBJETIVO ESPECIFICO (6)  Conocer la relación entre el clima organizacional sobre ambiente y condiciones de trabajo y la cultura	HIPOTESIS ESPECIFICA (6):  Existe relación entre el clima organizacional sobre ambiente y condiciones de trabajo y la cultura	Variable 01: Cultura de seguridad del paciente	

trabajo y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015?	de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	Variable 02: Clima organizacional sobre ambiente y condiciones de trabajo	
PROBLEMA ESPECIFICO (7) ¿Cuál es la relación entre el clima organizacional sobre dirección y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015?	OBJETIVO ESPECIFICO (7) Conocer la relación entre el clima organizacional sobre dirección y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	HIPOTESIS ESPECIFICA (7): Existe relación entre el clima organizacional sobre dirección y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	Variable 01: Cultura de seguridad del paciente  Variable 02: Clima organizacional sobre dirección	
PROBLEMA ESPECIFICO (8) ¿Cuál es la relación entre el clima organizacional sobre capacitación y desarrollo y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015?	OBJETIVO ESPECIFICO (8) Establecer la relación entre el clima organizacional sobre capacitación y desarrollo y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	HIPOTESIS ESPECIFICA (8): Existe relación entre el clima organizacional sobre capacitación y desarrollo y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	Variable 01: Cultura de seguridad del paciente  Variable 02: Clima organizacional sobre capacitación y desarrollo	
PROBLEMA ESPECIFICO (9) ¿Cuál es la relación entre el clima organizacional sobre remuneraciones y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015?	OBJETIVO ESPECIFICO (9) Evaluar la relación entre el clima organizacional sobre remuneraciones y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	HIPOTESIS ESPECIFICA (9): Existe relación entre el clima organizacional sobre remuneraciones y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.	Variable 01: Cultura de seguridad del paciente  Variable 02: Clima organizacional sobre remuneraciones	

<p>PROBLEMA ESPECIFICO (10)</p> <p>¿Cuál es la relación entre el clima organizacional sobre exigencia en el mercado y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015?</p>	<p>OBJETIVO ESPECIFICO (10)</p> <p>Valorar la relación entre el clima organizacional sobre exigencia en el mercado y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICA (10):</p> <p>Existe relación entre el clima organizacional sobre exigencia en el mercado y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.</p>	<p>Variable 01: Cultura de seguridad del paciente</p> <p>Variable 02: Clima organizacional sobre exigencia en el mercado</p>	
<p>PROBLEMA ESPECIFICO (11)</p> <p>¿Cuál es la relación entre el clima organizacional sobre situaciones de cambio y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015?</p>	<p>OBJETIVO ESPECIFICO (11)</p> <p>Establecer la relación entre el clima organizacional sobre situaciones de cambio y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.</p>	<p>HIPOTESIS ESPECIFICA (11):</p> <p>Existe relación entre el clima organizacional sobre situaciones de cambio y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de enfermería del Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco 2015.</p>	<p>Variable 01: Cultura de seguridad del paciente</p> <p>Variable 02: Clima organizacional sobre situaciones de cambio</p>	