

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Cultura de seguridad del paciente y barreras en la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería de un centro médico naval de Lima, 2020

Tesis presentada para optar el grado de Maestro en Enfermería con mención en
Administración y Gestión

Por:

Sandra Alicia Gómez López

Asesora:

Dra. Josefa Edith Vásquez Cevallos

Lima, diciembre de 2021

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

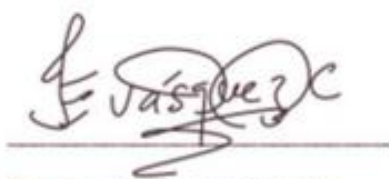
Yo, Josefa Edith Vásquez Cevallos y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Cultura de seguridad del paciente y barreras en la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería de un centro médico naval de Lima, 2020”*, constituye la memoria que presenta la licenciada: **Sandra Alicia Gómez López**, para aspirar al grado de Maestra en Enfermería con mención en Administración y Gestión, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo de investigación son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintiocho días del mes de diciembre de 2021.



Dra. Josefa Vásquez Cevallos

v

Act
Ve a

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE MAESTRO(A)

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a los 28 días del mes de diciembre del año 2021, siendo las 10:00 hr, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del Jurado Dra. María Teresa Cabanillas Chávez, el secretario Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales y los demás miembros: Mg. María Magdalena Díaz Orhuela y Mg. Dela Luz León Castro y el asesor Dra. Josefa Vásquez Cevallos, con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de Tesis de Maestro(a) titulada: "Cultura de seguridad del paciente y barreras en la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería de un centro médico naval de Lima, 2020"

del Bachiller/Licenciado(a) **SANDRA ALICIA GOMEZ LOPEZ**

Conducente a la obtención del Grado Académico de Maestro(a) en: Maestría en Enfermería con mención en Administración y Gestión.

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al candidato hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del Jurado a efectuar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes, los cuales fueron absueltos por el candidato. Luego se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del Jurado.


Posteriormente, el Jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller/Licenciado (a): **SANDRA ALICIA GOMEZ LOPEZ**

CALIFICACIÓN	ESCALA B			Mérito
	Vigesimal	Literal	Cualitativa	
aprobado	17	B +	Muy bueno	Sobresaliente

() Ver anexos adjuntos*

Finalmente, el Presidente del Jurado invitó al candidato a ponerse de pie, para recibir la evaluación final. Además, el Presidente del Jurado concluyó el acto académico de sustentación, procediéndose a registrar las firmas respectivas.

_____	Esta sustentación fue realizada de manera virtual, conforme al reglamento general de grados y títulos	
Presidente		Secretario
_____	_____	_____
Asesor	Miembro	Miembro

	Bachiller/Licenciado(a)	

Dedicatoria

A Dios, por ser mi guía y fortaleza cada día.
A mí querida familia por su apoyo incondicional, a mi
hija por su amor, a mis padres por los valores que me
inculcaron que ha permitido el logro de mis metas
profesionales.

Agradecimiento

A la prestigiosa Universidad Peruana Unión por darme la oportunidad de aprender y obtener nuevos logros académicos.

Asimismo, a la Unidad de Posgrado, a los docentes, les agradezco por con sus experiencias y enseñanzas transmitidas durante mi formación, las mismas que se ven reflejadas en mi desempeño profesional.

A las autoridades del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, por facilitarme el acceso para desarrollar la presente investigación.

Agradezco profundamente a mi asesora, por su orientación y experiencia en el tema quien conjuntamente con sus enseñanzas, ha sido guía en la conquista de nuestra meta.

Índice

Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Resumen	11
Abstract	12
Capítulo I.....	13
El Problema.....	13
Planteamiento del problema.....	13
Formulación del Problema	16
Problema general.....	16
Problemas específicos.....	16
Objetivos de la Investigación.....	17
Objetivo General.....	17
Objetivos Específicos.....	17
Justificación.....	18
Justificación teórica.....	18
Justificación metodológica.....	19
Justificación práctica y social.....	19
Presunción filosófica.....	19
Capítulo II	21

Desarrollo de las perspectivas teóricas	21
Antecedentes de la investigación	21
Definición conceptual	24
Cultura de seguridad del paciente.	24
Barreras asociadas a la notificación de incidentes y eventos adversos.	28
Bases teóricas	31
Capítulo III.....	32
Metodología	32
Descripción del lugar de ejecución	32
Población y muestra	32
Población.....	32
Muestra.....	32
Criterios de inclusión y exclusión.	33
Tipo y diseño de investigación.....	34
Formulación de hipótesis	35
Identificación de variables	36
Técnica e instrumentos de recolección de datos	39
Técnica.	39
Instrumento.	39
Proceso de recolección de datos.....	41
Procesamiento y análisis de datos	41

Consideraciones éticas	42
Capítulo IV	43
Resultados y Discusión	43
Resultados	43
Discusión.....	52
Capítulo V	57
Conclusiones y recomendaciones	57
Conclusiones	57
Recomendaciones.....	59
Referencias.....	61
Apéndices.....	67
Apéndice A.....	68
Instrumentos de recolección de datos	68
Apéndice B.....	70
Confiabilidad de los instrumentos.....	70
Apéndice C.....	72
Prueba de Concordancia de Jueces Expertos	72
Apéndice F	83
Consentimiento informado.....	83
Apéndice G.....	84
Matriz de consistencia.....	84

Muestra.....	86
Criterios de inclusión y exclusión.....	86
Apéndice H.....	87
Autorización institucional	87
Apéndice I.....	88
Carta de presentación del docente-asesor	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Confiabilidad de los instrumentos	42
Tabla 2	Datos generales de la muestra	44
Tabla 3	Cultura de seguridad del paciente y dimensiones	45
Tabla 4	Barreras de notificación de eventos adversos y dimensiones	46
Tabla 5	Correlación entre cultura de seguridad y barreras de notificación de eventos adversos	47
Tabla 6	Correlación entre seguridad en el área de trabajo y barreras de notificación de eventos adversos	48
Tabla 7	Correlación entre seguridad brindada por la dirección y barreras de notificación de eventos adversos	49
Tabla 8	Correlación entre seguridad desde la comunicación y barreras de notificación de eventos adversos	50
Tabla 9	Correlación entre sucesos notificados y barreras de notificación de eventos adversos	51
Tabla 10	Correlación entre seguridad desde la atención primaria y barreras de notificación de eventos adversos	52

Resumen

El estudio se realizó en el Centro Médico Naval “CMST” de la Marina de Guerra del Perú, con el objetivo de determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020. La metodología fue cuantitativa, descriptiva correlacional, con un diseño no experimental, de corte transversal, la muestra estuvo comprendida por 209 profesionales de enfermería de los diferentes departamentos y servicios del CMN “Cirujano Mayor Santiago Távora”, del Callao, a quienes se les aplicó el cuestionario Patient Safety Culture (MOSPS) y el Cuestionario de las Barreras de notificación de eventos adversos. Los resultados mostraron que de acuerdo al 65.6% la cultura de seguridad del paciente es de nivel medio, el 32.5% considera que tiene un nivel alto y un 1.9% un nivel bajo. En cuanto a las barreras de notificación de eventos adversos, el 86.1% considera que existen barreras de notificación de eventos adversos en un nivel medio y el 13.9% considera que existe barreras de notificación en un nivel bajo. Asimismo, el Coeficiente Rho de Spearman mostró $\rho=0.222$ y $p<0.05$, confirmándose la hipótesis de investigación. Por lo que se concluye que existe una relación significativa entre la cultura de seguridad y las barreras de notificación de eventos adversos, la cual es positiva baja.

Palabras clave: Cultura de seguridad, barreras de notificación, eventos adversos.

Abstract

The study was carried out at the Centro Médico Naval “CMST” de la Marina de Guerra del Perú 2020, with the objective of determining the relationship between the culture of patient safety and the barriers to the notification of adverse events in the nursing professionals of the Centro Médico Naval “CMST” "CMST", 2020. The methodology was quantitative, descriptive, correlational, with a non-experimental, cross-sectional design, the sample was comprised of 209 nursing professionals from the different departments and services of the Centro Médico Naval “CMST” de la Marina de Guerra del Perú 2020, from Callao, to whom it was applied the Patient Safety Culture questionnaire (MOSPS) and the Adverse Event Reporting Barriers Questionnaire. The results showed that according to 65.6% the culture of patient safety is of a medium level, 32.5% consider that it has a high level and 1.9% a low level. Regarding the barriers to notification of adverse events, 86.1% consider that there are barriers to notification of adverse events at a medium level and 13.9% consider that there are barriers to notification at a low level. Likewise, Spearman's Rho Coefficient gave $\rho = 0.222$ and $p < 0.05$, confirming the research hypothesis. Therefore, it is concluded that there is a significant relationship between the safety culture and the barriers to the notification of adverse events, which is low positive.

Keywords: Safety culture, notification barriers, adverse events.

Capítulo I

El Problema

Planteamiento del problema

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), la seguridad del paciente, constituye un problema de salud pública a nivel mundial, lo cual se evidencia en el millón trescientas defunciones, causadas por la transmisión por vía sanguínea de virus como la hepatitis B, C y el VIH. Además, se reportó que anualmente mueren alrededor de cientos de millones de pacientes que acuden a un centro hospitalario con lesiones incapacitantes, como resultado de una inadecuada atención, por lo que recomienda implementar medidas y procedimientos de notificación y registro de eventos adversos. Ya que de esa manera se logrará una gestión adecuada dirigida a mejorar su desempeño en aspectos de seguridad, mitigación de riesgos, práctica clínica y un ambiente inocuo para brindar atención.

Ya que lo primordial en todo sistema de salud es garantizar una atención segura al usuario, lo que constituye una agenda prioritaria del sector salud, cuyo sistema ha demostrado incapacidad para enfrentar los factores que producen dichos eventos adversos (OPS, 2020).

Como se aprecia en un estudio realizado en una institución de salud en Brasil, los errores humanos constituyen un factor que genera eventos adversos, entre los cuales se encuentra el descuido y distracción (61.83%), la falta de atención con el paciente (44.27%), errores en la administración de medicamentos (17.56%), errores de tipeo en las recetas médicas (13.36%). Dichos errores condicionan a la ocurrencia de eventos adversos en el proceso de atención a los pacientes (Viena et al., 2019).

En el ámbito de salud, la ocurrencia de errores afecta gravemente la seguridad del paciente y la calidad de atención. En Estados Unidos un informe clasificó los errores

médicos, como la tercera causa principal de muerte, hasta el 1,1% de los ingresos hospitalarios provocaron muertes por dichos errores. La mayoría de dichos errores o eventos adversos no son causados por un deficiente desempeño, sino que surgen de problemas de prestación de atención que resulta de las condiciones a nivel individual del paciente, o por el entorno laboral en general. Por lo tanto, la notificación de eventos adversos es crucial tanto para el aprendizaje individual como para mejorar y desarrollar sistemas de atención más confiables (Schwendimann et al., 2018).

La seguridad del paciente y la calidad de atención son pilares fundamentales en las políticas de salud de diversos gobiernos y organismos internacionales. Por lo tanto, se deben implementar acciones como el uso de protocolos y sistemas de notificación de eventos adversos para mejorar la calidad de atención y la seguridad del paciente, ya que la ocurrencia de eventos adversos puede ser prevenible (Escandell et al., 2021).

Existe subregistro en la notificación de los incidentes y eventos adversos debido a la existencia de barreras tales como el miedo, la actitud sancionadora de las entidades administrativas, las relacionadas con el sistema de reporte y la percepción de error del personal de salud. Este comportamiento revela que en lugar de construir lecciones para que los eventos adversos no vuelvan a repetirse, el personal reacciona estigmatizando a sus compañeros o decidiendo alternativas para ocultar lo acontecido; situación que en conjunto limita el avance hacia una cultura de seguridad (Silvestre et al., 2018).

La cultura de seguridad de una institución ha sido definida casi por consenso como el producto de valores individuales, grupales, la actitud, competencia, conducta que son determinantes de, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta que determinan el esfuerzo y la capacidad de sus miembros en el manejo de su seguridad (Aranaz et al., 2018).

Lo que deja entrever que en la medida que el personal de salud en su conjunto tenga una cultura de seguridad fuerte, será mejor las prácticas y condiciones de atención a los usuarios.

El ideal en cultura de seguridad en las instituciones sanitarias dista aún mucho de los estándares fijados por la organización mundial de la salud; al punto que esta afirma que se producen con demasiada frecuencia eventos adversos que dañan al paciente y comprometen la coherencia con las metas de ofertar servicios eficientes y humanizados. Una cultura de seguridad autosostenida necesita un compromiso genuino de todo el personal que labora en la institución (Tartaglia et al., 2018).

A nivel de Latinoamérica, el Estudio Iberoamericano de Eventos Adversos (IBEAS), calculo una tasa de prevalencia de eventos adversos asociados la asistencia hospitalaria de 10.5% de los pacientes y el 1.8% de ellos provocó el fallecimiento del paciente, 10 de cada 100 pacientes en países latinoamericanos habrían sufrido daño producido por los cuidados sanitarios y 20 usuarios sufrieron un incidente produciéndole daño como resultado de su permanencia hospitalaria (OMS – IBEAS, 2015).

La investigación se desarrolló en el Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, que se distingue por haber incorporado dentro de su institución “Disposiciones para el Sistema de Vigilancia de Incidentes, Eventos adversos y Eventos Centinelas” en la cual se establece el flujo del proceso de la notificación el mismo que es manual a partir del registro en un formato y debe seguir un conducto regular institucional. En el año 2016 se aplicó el “Cuestionario sobre la seguridad del paciente en los hospitales”, donde los resultados evidenciaron que solo 3.5% del personal había notificado un evento adverso y el 32.9% expresaban su temor de notificar dichos eventos, ya que sienten que van a ser juzgados ellos y no el problema en relación a la respuesta no punitiva a errores. Los resultados de la misma encuesta en el año 2018 evidenciaron que el 34% del personal ha notificado un evento

adverso, el 54.5% sienten temor de ser juzgados ellos y no el problema en relación a la respuesta no punitiva a errores, observándose bajos niveles de notificación.

En el Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú existe un Sistema de Gestión de Calidad, que tiene como pilar la seguridad del paciente, siendo uno de sus componentes la notificación de incidentes y eventos adversos, que garanticen la vigilancia y aplicación de buenas prácticas, reportes intra y extra institucionales y también el tema de la confidencialidad por los análisis que se realizan, todo con el involucramiento de la Alta Dirección.

Sin embargo, se observa que existen deficiencias en notificar dichos eventos, surgiendo la preocupación frente a esta problemática de investigar cuales son concretamente aquellas barreras que impiden que se notifique oportunamente, lo cual permitiría identificar los aspectos susceptibles de mejora, los factores relacionados a la infra notificación y determinar la efectividad de las estrategias interinstitucional en este aspecto.

Formulación del Problema

Problema general.

¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020?

Problemas específicos.

¿Cuál es la relación entre la seguridad en el área de trabajo y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020?

¿Cuál es la relación entre la seguridad brindada por la dirección y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú ,2020?

¿Cuál es la relación entre la comunicación y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020?

¿Cuál es la relación entre los sucesos notificados y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020?

¿Cuál es la relación entre la seguridad desde la atención primaria y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020?

Objetivos de la Investigación

Objetivo General.

Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Objetivos Específicos.

Determinar la relación entre la seguridad en el área de trabajo y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Determinar la relación entre la seguridad brindada por la dirección y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Determinar la relación entre la comunicación y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020

Determinar la relación entre los sucesos notificados y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Determinar la relación entre los Seguridad desde la atención primaria y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Justificación

Justificación teórica.

El estudio se fundamenta en la calidad de atención al usuario y los postulados de la seguridad del paciente, el cual constituye el modelo de atención alternativo frente a los eventos adversos en las instituciones de salud, el cual impone la necesidad de implementar sistemas de notificación de eventos, para lograr un oportuno y efectivo reporte de los mismos, ya que la detección de éstos ayudará a mejorar el sistema de atención sanitaria, minimizando los riesgos y las consecuencias en la salud de los usuarios. Para desarrollar las variables en estudio se realizó toda una búsqueda de información, para conocer el estado de arte e identificar los vacíos de conocimiento.

Justificación metodológica.

Los instrumentos utilizados en el proceso de recolección de datos, cumplieron los requisitos de validez y confiabilidad, el cual está a disposición de investigadores.

Justificación práctica y social.

El estudio ha pretendido lograr un beneficio a la institución, identificando las barreras de notificación de los incidentes, eventos adversos y su repercusión en la cultura de seguridad de los trabajadores, con la finalidad definir acciones de mejora continua como beneficio en los procesos de seguridad del paciente; así mismo nos permiten medir periódicamente la efectividad de la implementación de un sistema de notificación. En base a esos hallazgos se busca que tanto las jefaturas de enfermería, como las autoridades institucionales desarrollen políticas y programas de mejora continua para brindar una atención segura y oportuna.

Presunción filosófica

Esta investigación está orientada humanísticamente a tratar bien al prójimo, que está siendo afectado en su salud. La Biblia dice: “Amarás a tu prójimo como a ti mismo” (Mateo 12: 39), y cuando realizamos el cuidado al enfermo, aplicamos además de nuestros conocimientos y experiencia, nuestros sentimientos de cuidar la creación de nuestro Señor, de proteger lo que nuestro Señor ha perfeccionado para nosotros, ser instrumentos de nuestro Señor.

En Filipenses 2:4 señala que: “Nada hagáis por egoísmo o por vanagloria, sino que con actitud humilde cada uno de vosotros considere al otro como más importante que a sí mismo, no mirando cada uno a lo que es suyo, sino cada cual también por lo de los demás. Haya en vosotros esta actitud que hubo también en Cristo Jesús”.

Watson sostiene que el aspecto espiritual se refiere al mundo interior de la persona. El bienestar espiritual es la afirmación de la vida en relación con Dios, consigo mismo, y con los otros (Raille y Marriner, 2018).

Los cuidados de enfermería se expresan en la relación con el paciente, el usuario, estableciendo relaciones interpersonales basadas en la confianza, el afecto, la seguridad, que trasciende lo meramente técnico, brindando una atención integral (alma, cuerpo y espíritu).

Capítulo II

Desarrollo de las perspectivas teóricas

Antecedentes de la investigación

A nivel internacional se encontraron las siguientes investigaciones:

Giraldo et al. (2016), en Bogotá, realizó una investigación, planteando el objetivo de analizar los factores vinculados a la omisión de incidentes y eventos adversos. La metodología fue de nivel descriptivo, contando con la participación de 345 profesionales de salud. Se utilizó como instrumento un cuestionario. Los hallazgos mostraron que el 83% tiene conocimiento sobre el sistema de reportes y el 74% sabe cómo acceder a dicho sistema; un alto porcentaje (91%) no realiza los reportes porque le parecen muy complicados, declarando que esto se debe a que tienen temor por las medidas administrativas que puede tomar la institución contra ellos ante eventos adversos que pudieran ocurrir. Concluyendo que la cultura de seguridad se basa en el reporte de incidentes y eventos adversos, lo que contribuye en mayores niveles de calidad en la atención y a fortalecer el sistema de salud.

Acosta (2017) en Ibarra, Ecuador, realizó la tesis con el objetivo de establecer los eventos adversos y el cumplimiento de la notificación y registro. La metodología fue de enfoque cuantitativo, descriptiva, la muestra estuvo integrada por 20 enfermeros a quienes se les aplicó un cuestionario y un check list. Los resultados evidenciaron que la mayoría de enfermeros tiene conocimiento sobre el manual de seguridad del paciente, sin embargo, la mitad considera que es necesaria la implementación de una cultura de seguridad, basada en la notificación y reporte de eventos adversos. Concluyendo que la notificación de incidentes y eventos adversos no es adecuada.

En Colombia, Andrade et al. (2018), desarrolló una investigación, planteándose como objetivo establecer el nivel de cultura de seguridad del paciente. La metodología fue de nivel descriptivo, no experimental, de corte transversal, contando con la participación de 47 personas, utilizándose como instrumento Cuestionario Survey on Patient Safety Culture. Los resultados evidenciaron que la cultura de seguridad del paciente en el 51.94% es medio. Concluyendo que el promedio obtenido se encuentra por debajo de la medición internacional, debido a que este clasifica como positivo todo lo que sea mayor al 75%, por lo cual no se evidencia una política enfocada en la seguridad, sugiriendo el fortalecimiento de su cultura de seguridad.

A nivel nacional, en Lima, Martínez (2016) en su investigación, tuvo como objetivo determinar la cultura de seguridad del paciente del Hospital Nacional Dos de Mayo. La metodología es de tipo aplicada, de nivel descriptivo, enfoque cuantitativo, con una muestra de 45 enfermeros a quienes se les aplicó el Cuestionario Medica Office Survey on Patient Safety Culture. Los resultados mostraron que el 68.9% no muestra una cultura de seguridad al paciente, caracterizada por una baja apertura de comunicar los incidentes y eventos adversos, lo que no permite corregir los errores, teniendo como aspectos positivos que el 53.3% realiza un trabajo en equipo el 51.1% de supervisores y jefes promueve la seguridad del paciente. Concluyendo que en la medida que se fortalezca como política y como práctica de los profesionales de salud comunicar los incidentes y eventos adversos, se lograr la corrección de los mismos y por ende una mayor praxis segura.

En Trujillo, Vargas, Barrientos & Llontop (2017) realizaron la investigación “Actitudes del personal de salud frente a eventos adversos” en el Hospital Belén. El objetivo fue explorar las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos durante el parto y puerperio. Servicio de obstetricia. Hospital Belén de Trujillo. El estudio fue cualitativo,

contando con 20 obstetras y se les aplicó un cuestionario. Los hallazgos evidenciaron que existe un nivel de conocimiento bajo sobre los factores que determinan los eventos adversos, señalando como factor la mala práctica, malos procesos de admisión, así como el aspecto organizativo de la institución hospitalaria, expresando no conocer el sistema de vigilancia. Concluyendo que los enfermeros tienen una actitud limitada en cuanto a la notificación de eventos adversos.

En Chancay, Sánchez (2018) en su investigación titulada “Cultura de seguridad del paciente y cultura organizacional en el personal de enfermería del Hospital Chancay, 2016”, tuvo el objetivo de identificar la relación entre la cultura de seguridad de paciente y la cultura organizacional. La metodología se caracterizó por ser cuantitativa, correlacional, contando con la participación de 100 usuarios internos a quienes se les administró el Cuestionario de Cultura Organizacional. Los resultados mostraron que la cultura de seguridad del paciente en el 54% de encuestados es inadecuada, en el 45% se constató una cultura moderada. Asimismo el Rho de Spearman mostró (0.492) un grado de relación positivo moderado. Ante ello, se concluye que ambas variables se encuentran relacionadas significativamente.

Asimismo, en Chimbote, Ubillus (2018) desarrolló una investigación con el objetivo de determinar en qué medida los eventos adversos hospitalarios se relacionan con la seguridad del paciente y las estrategias de solución. La metodología utilizada fue descriptiva correlacional, de diseño no experimental, transversal, con una muestra de 12 enfermeros y se utilizó el Cuestionario de Eventos Adversos. Los resultados mostraron que el 58.3% mostraron molestias físicas como consecuencia de eventos adversos, además el 75% de usuarios ante ello se retiraron de la institución de salud. Concluyendo que los eventos adversos se relacionan con la seguridad y las estrategias de solución.

En Chiclayo, Nuñez (2020) desarrolló la investigación en un Hospital Regional, con el objetivo de analizar caracterizar la cultura de seguridad. La metodología tuvo un enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, contando la participación de 121 enfermeras. Se utilizó la encuesta Hospital Survey on Patient Safety Culture versión española, aplicándola a una muestra de 121 enfermeras. Los resultados mostraron que de acuerdo al 44.31% de encuestados existe una cultura de seguridad débil, sin embargo, se identificaron que sus fortalezas son el trabajo en equipo (68.80%), mejora continua (61.43%), acciones de la dirección (53.31%), entre sus debilidades están que no se notifican los errores (40.77%), no existe una comunicación directa (39.12%), la gerencia no apoya (34.44%). Concluyendo que la Cultura de seguridad del paciente es débil.

Definición conceptual

Cultura de seguridad del paciente.

El concepto de cultura de seguridad, tiene su origen en los accidentes de Chernobyl y Challenger y en la actualidad forma parte de la cultura organizacional, que afecta a las actitudes y el comportamiento de sus miembros y se utiliza para medir las características psicológicas y de comportamiento de las organizaciones que pueden conducir a prevenir accidentes (Morgan et al., 2020).

Según Shenn (2018) la cultura, se entiende como el núcleo tácito e implícito de valores compartidos, creencias, convicciones, supuestos básicos, y se manifiesta en artefactos como vestimenta formal e informal, edificios, rituales, comportamiento y expresiones verbales como declaraciones y explicaciones.

La cultura de la seguridad se ha convertido en un término utilizado por personas de todo el mundo para explicar todo lo relacionado con las fallas de seguridad que no se pueden explicar de otra manera.

Por su parte, Rocco y Garrido (2017) la definen como los valores, principios y normatividad que caracteriza a la organización, conocido y aceptado por el conjunto de individuos, teniendo como eje central la seguridad.

Además, Tartaglia et al. (2018) sostiene que la seguridad del paciente es un componente crítico de la calidad de atención médica. Se reconoce cada vez más que fortalecer la cultura de seguridad en las organizaciones de salud es importante para mejorar continuamente la calidad de la atención. Una cultura de seguridad sólida se asocia con el logro de resultados favorables, especialmente en los hospitales.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) sostiene que la seguridad del paciente constituye el principio que guía la atención en las instituciones de salud, ya que la misma tiene un nivel de riesgo inherente en cada proceso de atención.

Es necesario señalar que la seguridad ha tenido en los últimos tiempos un desarrollo en todos los sectores, cobrando relevancia no solo en el ámbito empresarial sino también en salud. Por lo general, la ocurrencia de accidentes o desastres ha marcado el inicio y la transición hacia etapas superiores, al ponerse de manifiesto la caducidad, insuficiencia o vulnerabilidad de las filosofías, los conceptos y los métodos para abordar la seguridad, existentes hasta ese momento, dando paso a su renovación y a enfoques cualitativamente mejores (FORO, 2015).

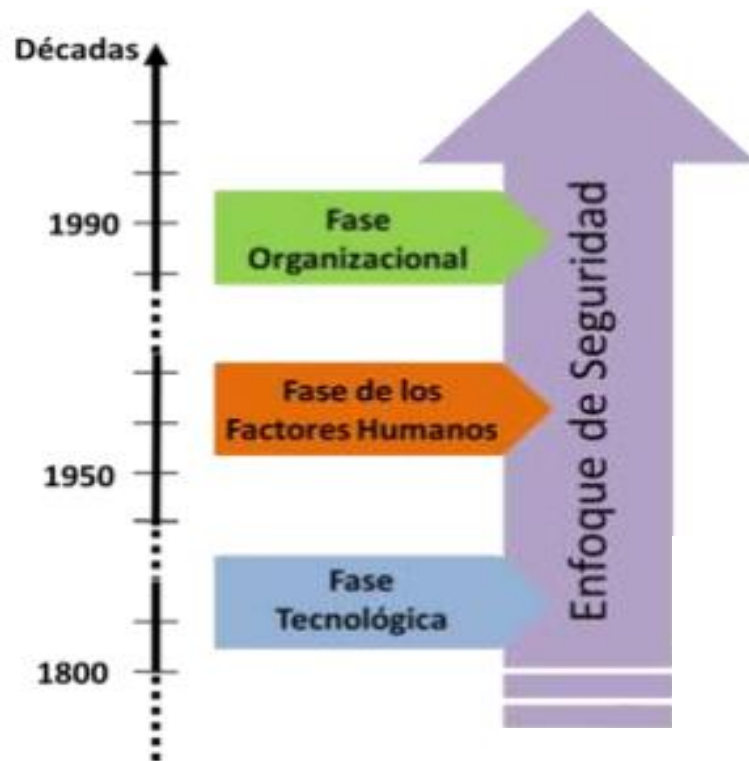


Figura 1. Evolución histórica de la seguridad

La seguridad, por el cambio de los contextos ha ido evolucionado a lo largo del tiempo, enfocándose en la actualidad la seguridad en tres fases: la tecnológica, de los factores humanos y el componente organizacional. Los factores humanos y organizacionales continúan teniendo la mayor incidencia en la ocurrencia de accidentes, estimándose su contribución cercana al 80-90 % de los casos, en diferentes sectores (FORO, 2015).

Dimensiones.

Seguridad en el área de trabajo.

De acuerdo a Henao (2016) la seguridad en el área de trabajo, son una parte necesaria de las estructuras organizacionales de atención al bienestar y la salud de los trabajadores, ofreciendo condiciones que favorecerán buenas actuaciones en salud, medio ambiente y administración de seguridad en la institución.

Los trabajadores son la columna vertebral de cualquier organización, ya sea una industria o una entidad estatal. Por tanto, la salud y la seguridad de los trabajadores deben ser consideradas al mismo nivel que la calidad de los productos, debiendo actualizar todos sus sistemas.

La seguridad como parte de las condiciones del ambiente de trabajo constituyen aspectos estratégicos necesarios en todo ámbito laboral, que forma parte de la seguridad social del trabajador (Organización Internacional del Trabajo, 2018).

Seguridad brindada por la dirección.

El desarrollo de una cultura de seguridad es necesario para la prevención de accidentes en las instituciones, el cual está a cargo de los directivos quienes a través de reglamentos y normas establecen una cultura de seguridad en la organización (Yuan, Yunxiao, & Jing, 2019).

Asegurar la implementación exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, requiere políticas claras, capacidad de liderazgo, información para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales de la salud capacitados y la participación efectiva de los pacientes en su atención (Henao, 2016).

Seguridad desde la comunicación.

La comunicación efectiva entre el personal de salud es crucial para lograr una atención segura, especialmente en áreas multidisciplinarias, en entornos de servicio de atención médica como las salas de hospitalización quirúrgica, lo que conlleva a promover una comunicación entre miembros del equipo (Bautista et al., 2019).

Sucesos notificados.

Es esencial que los sucesos sean notificado, para ello, es necesario mitigar ls barreras asociadas con los sistemas de notificación espontánea y garantizar que esos informes sean útiles, lo cual constituyen componentes esenciales para garantizar la seguridad de los trabajadores y reducir los costos si ocurriese eventos adversos (Milne et al., 2021).

Seguridad desde la atención.

La atención centrada en el paciente y la reestructuración de las horas de trabajo son importantes para brindar una atención al paciente de alta calidad, basada en una cultura de seguridad (Mutaman & Sobri, 2018).

La seguridad desde la atención del paciente es una disciplina de atención de la salud que surgió con la complejidad cambiante de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en las instalaciones de la salud. Tiene como objetivo prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que les ocurren a los pacientes durante la prestación de atención (World Health Organization, 2019).

Barreras asociadas a la notificación de incidentes y eventos adversos.

Según Mascarello et al. (2021) un incidente se denomina a un evento que se origina en el cuidado y que no origina daño.

Por su parte, Zárate et al. (2017) indican que un evento adverso es definido como una lesión que resulta en una hospitalización prolongada, discapacidad o muerte, causada por la administración de la atención sanitaria. Además, generan una desconfianza de los pacientes hacia el sistema de salud que termina afectando a los profesionales e instituciones sanitarias.

La notificación de incidentes y eventos adversos es relevante para la seguridad del paciente, ya que permite a los profesionales reportar incidentes de salud y eventos adversos.

De acuerdo a Andrade et al. (2018) el análisis de las notificaciones posibilita el aprendizaje organizacional, posibilitando identificar y evitar las causas, a partir de la revisión y mejora de los procesos asistenciales. La subnotificación, tanto de incidentes como de eventos adversos, es una oportunidad perdida para corregir las posibles deficiencias en el proceso, que podría incidir a futuro en la seguridad del paciente.

Existen distintos tipos de sistemas de notificación; sin embargo, con independencia del sistema de notificación que se utilice, su aplicación y su desarrollo implican beneficios para las organizaciones, ya que involucran oportunidades de modelización de los efectos, monitorización, aumento de la concienciación de los problemas de seguridad y utilización más eficiente de recursos (Aranaz et al., 2016).

La Real Academia Española, define barrera como “valla, compuerta, madero, cadena u otro obstáculo semejante con que se cierra un paso o se cerca un lugar”.

Un incidente relacionado con la seguridad del paciente es un “evento o circunstancia que ha ocasionado o podría haber ocasionado un daño innecesario a un paciente” (Rodríguez, 2019).

Por su parte, un evento adverso, es aquel que causa o tiene el potencial de causar efectos inesperados o no deseados que involucrarán la seguridad de los pacientes, el personal, los usuarios y otras personas.

La notificación de eventos adversos es la principal forma en que el personal de salud puede plantear inquietudes sobre la seguridad del paciente, los riesgos e impulsar cambios en el sistema.

La notificación de eventos adversos, es una piedra angular en la gestión hospitalaria y respalda la mejora de los servicios de salud al proporcionar información, orientación y recomendaciones a través de las cuales los recursos pueden dirigirse a las áreas donde más se necesitan para mejorar la calidad y la seguridad.

La notificación de eventos adversos tiene como objetivo identificar las causas que provocaron dicho evento, corregir errores, identificar buenas prácticas médicas y aprender lecciones para el futuro a fin de evitar la recurrencia de eventos similares.

La notificación de eventos adversos desarrolla una cultura de seguridad en la que los errores del sistema y el error humano pueden identificarse, notificarse abiertamente, analizarse, rectificarse y resolverse (Bovis, 2018).

Las barreras asociadas a la notificación de incidentes y eventos adversos, están vinculadas a los determinantes que se manifiestan en el proceso de interacción del personal de salud y el contexto, que limitan el registro de incidentes y eventos adversos

Dimensiones.

Según Bañeres & Cavero (2014), las barreras organizativas, se refieren a las sanciones administrativas, legales, sistema de reporte poco accesible, confidencialidad del sistema, sobrecarga del trabajo, presión en el trabajo, superiores jerárquicos con reacciones inadecuadas ante la ocurrencia de eventos adversos.

Las barreras actitudinales están vinculadas al miedo a la censura, pérdida a la dignidad profesional, falta de cultura en el reporte.

Las barreras cognoscitivas se refieren al insuficiente conocimiento en el tema y el proceso del reporte.

Bases teóricas

La seguridad del paciente se basa en la teoría del error de Reason y la cultura de seguridad.

Teoría del error de Reason.

Dicha teoría, parte de que el ser humano comete errores, a pesar de su intención por evitarlos, por ello, es imprescindible que se vuelvan a diseñar los procesos para lograr controlar y prevenir los riesgos a través de estrategias que detecten y eviten que se hagan efectivo dichos errores. La teoría del error de Reason consideró los errores como una oportunidad para la atención médica, para mejorar la organización de salud, dado que las organizaciones asistenciales se componen de sistemas complejos y es probable que ocurran errores en una organización de salud por los múltiples procesos que realiza el personal sanitario para lograr restablecer la salud de los pacientes (Shams, 2017).

Pirámide de Heinrich.

De acuerdo a (Cortés, 2018) señala que, de acuerdo a Heinrich, por cada accidente que se producía originando lesión con incapacidad, había 29 accidentes con lesiones de menor importancia. A Heinrich se le atribuye el primer estudio para determinar la proporción de incidentes y daños debidos a la inseguridad en el trabajo, quien encontró que por cada 300 incidentes que no causan daño a las personas, hay 10 que producen incapacidad temporal con duración menor a seis meses y uno que ocasiona incapacidad permanente o inclusive la muerte.

Salcedo (2020) señala que en el campo sanitario, la seguridad del paciente constituye el eje fundamental de su accionar, es un elemento transversal de la atención de salud, que busca disminuir las incidencias de eventos adversos, garantizando una calidad eficaz y eficiente.

Capítulo III

Metodología

Descripción del lugar de ejecución

La investigación se realizó en los diferentes Departamentos y Servicios del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, establecimiento de salud de Nivel III.1, que brinda una atención integral de salud.

Las especialidades que brinda son: Departamento de Medicina, Departamento Cirugía, Departamento Ginecología Obstetricia y Reproducción Humana, Departamento Pediatría, Departamento de Ayuda al Diagnóstico, de Apoyo a Tratamiento, Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos, Departamento de Estomatología, Departamento de Consulta Externa y Departamento de Medicina Preventiva (Dirección de Salud de la Marina, 2019).

El estudio se realizó en el año 2021.

Población y muestra

Población.

El estudio contó con la participación de 455 profesionales de enfermería de los diferentes departamentos y servicios del CMN “Cirujano Mayor Santiago Távara”, del Callao.

Muestra.

Para calcular la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 N(p)(q)}{E^2(N-1) + Z^2(p)(q)}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población = 455

$Z^2 = 1.96$

p = Probabilidad de acierto, en este caso el valor fue 0.5

q = Probabilidad de no acierto, que fue 0.5

E^2 = Error máximo permitido: 0.05

Al reemplazar los datos se obtuvo:

$$n = \frac{(1.96)^2 455 (0.5)(0.5)}{(0.05)^2 (454) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)}$$

$n = 209$

De esta manera, la muestra quedó conformada por 209 profesionales de enfermería de los diferentes departamentos y servicios del CMN “Cirujano Mayor Santiago Távara”, del Callao.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión.

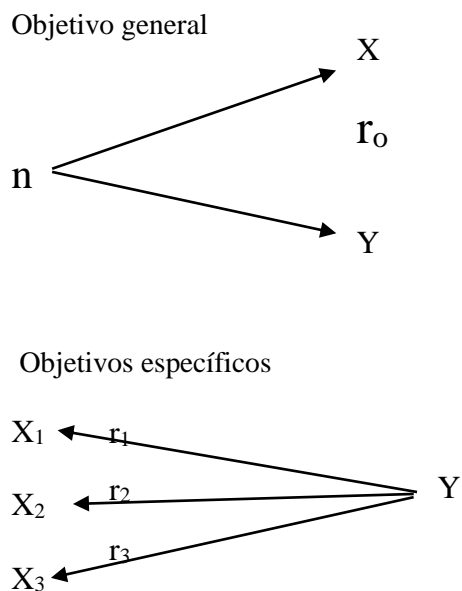
- Enfermeros de los diferentes departamentos y servicios del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú.
- Enfermeras que voluntariamente accedieron a participar en la investigación.

Criterios de exclusión.

- Personal de salud que no aceptaron participar en el estudio.
- Enfermeras que se encuentren de licencia, vacaciones.
- Enfermeras consideradas como personal de riesgo.

Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación fue de enfoque cuantitativo, ya que se hizo uso de la estadística para el análisis de los resultados. Asimismo, el estudio se abordó desde un diseño no experimental, porque no se manipularon las variables, la investigadora las observó en su contexto. Por otro lado, el estudio fue descriptivo porque se buscó describir nuevas situaciones de las variables en estudio (Mar et al., 2020) así como de nivel correlacional porque se buscó analizar la relación existente entre las variables de investigación (Hernández & Mendoza, 2018).



Donde:

n = Muestra

X = Cultura de seguridad del paciente

Y = Barreras de la notificación de incidentes y eventos adversos.

X_i = Dimensiones de la variable Cultura de seguridad.

donde: $i=1,2,3,4,5$

Rho_i = Correlación de Spearman donde: $i=0,1,2,3,4,5$

Formulación de hipótesis

Hipótesis general.

Ha: La cultura de seguridad del paciente se relaciona significativamente con las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú 2020.

Ho: La cultura de seguridad del paciente no se relaciona significativamente con las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú 2020.

Hipótesis específicas.

Ha: La seguridad en el área de trabajo se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú 2020.

Ho: La seguridad en el área de trabajo no se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú 2020.

Ha: La seguridad brindada por la dirección se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú 2020.

Ho: La seguridad brindada por la dirección no se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú 2020.

Ha: La seguridad desde la comunicación se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú 2020.

Ho: La seguridad desde la comunicación no se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú 2020.

Ha: Los sucesos notificados se relacionan significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú 2020.

Ho: Los sucesos notificados no se relacionan significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú 2020.

Ha: La seguridad desde la atención primaria se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú 2020.

Ho: La seguridad desde la atención primaria no se relacionan significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú 2020.

Identificación de variables

Variable 1.

Cultura de seguridad del paciente

Variable 2.

Barreras de notificación de eventos adversos.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Cultura de seguridad del paciente	La cultura de seguridad del paciente está constituido por los valores, principios y normatividad que caracteriza a la organización, conocido y aceptado por el conjunto de individuos, teniendo como eje central la seguridad (Rocco & Garrido, 2017).	La evaluación de la variable Cultura de la seguridad del paciente será a través de un Cuestionario que analizará la percepción sobre la seguridad del paciente, la supervisión, comunicación, frecuencia de incidentes reportados y la gestión de la cultura de seguridad. Baremo: Nivel bajo (20 a 47) Nivel medio (48 a 74) Nivel alto (75 a 100)	Seguridad en el área de trabajo	-Trabajo en equipo -Prioridad para la seguridad del paciente -Efectividad de los procedimientos -Errores cometidos	Ordinal La medición de los ítems se realizará a través de la escala de Likert. 1: Nunca 2: Casi nunca 3: A veces 4: Casi siempre 5: Siempre
			Seguridad brindada por la dirección	-Comentarios favorables por el cumplimiento de los procedimientos de seguridad del paciente - Aceptación por el supervisor de sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente -Acciones del supervisor para promover la seguridad de los pacientes.	
			Seguridad desde la comunicación	-Informe de la dirección sobre cambios efectuados en informes de incidentes -Libertad para hablar de los riesgos en el cuidado del paciente y cuestionar decisiones de los jefes -Información entre unidades	
			Sucesos notificados	-Reporte de errores corregidos antes de afectar al paciente. -Reporte de errores que no tiene potencial de dañar al paciente -Reporte de errores que pudiesen dañar al paciente	
			Seguridad desde la atención primaria	-La dirección provee un ambiente laboral que promueve seguridad del paciente. -La dirección da prioridad a la seguridad del paciente	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Barreras de notificación de eventos adversos	Las barreras asociadas a la notificación de incidentes y eventos adversos, están vinculadas a los determinantes que se manifiestan en el proceso de interacción del personal de salud y el contexto, que limitan el registro de incidentes y eventos adversos (Bañeres & Cavero, 2014).	Presencia de barreras organizativas, actitudinales y cognoscitivas asociadas a la notificación de incidentes y eventos adversos en el CMN “Cirujano Mayor Santiago Távara. La evaluación de la variable será a través del Cuestionario de barreras Baremo: Nivel bajo (20 a 47) Nivel medio (48 a 74) Nivel alto (75 a 100)	Barreras organizativas Barreras actitudinales Barreras cognoscitivas	<ul style="list-style-type: none"> - Sanciones administrativas y legales. - Sistema de reporte poco accesible. - Confidencialidad del sistema. - Sobrecarga del trabajo. - Presión en el trabajo. - Superiores jerárquicos con reacciones inadecuadas ante la ocurrencia de eventos adversos. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Miedo a la censura. - Perdida a la dignidad profesional. - Falta de cultura en el reporte. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Insuficiente conocimiento en el tema. - Insuficiente conocimiento el proceso del reporte. 	Ordinal La medición de los ítems se realizará a través de la escala de Likert 1: Muy en desacuerdo 2: En desacuerdo 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4: De acuerdo 5: Muy de acuerdo

Técnica e instrumentos de recolección de datos

Técnica.

Según indica Mar et al. (2020) la técnica constituye la manera en que se aplica el método y por tal motivo se considera un procedimiento más específico. Hace referencia a los procedimientos para lograr los objetivos de la investigación.

En el caso de la investigación se efectuó la recolección de datos utilizando la técnica de la encuesta para las variables en estudio. “La encuesta es un método acondicionado para recoger información a grandes muestras en un determinado tiempo” (Hernández & Mendoza, 2018).

Instrumento.

Como instrumento se utilizaron dos cuestionarios. Para medir la Cultura de seguridad del paciente se utilizó de autoría de Medical Office Survery on Patient Safety Culture (MOSPS) (2017), el cual se evaluó a través de las siguientes dimensiones: Área de trabajo, dirección, comunicación, sucesos notificados y atención primaria, con 20 ítems, ordenada en escala de Likert, validado mediante el Juicio de expertos, y la confiabilidad demostrada aplicando el Alfa de Cronbach fue $\alpha=0.860$, evidenciando su alta confiabilidad.

Baremo

Nivel bajo: 6 - 14

Nivel medio: 15 - 22

Nivel alto: 23 – 30

El otro instrumento utilizado fue el Cuestionario de las Barreras de notificación de eventos adversos, cuyos autores son Rosas & Zárate (2017), de nacionalidad mexicana, que contiene 20 ítems, utilizando la escala de Likert, que evaluó la variable a través de las siguientes dimensiones: Barreras organizativas, Barreras actitudinales y Barreras cognoscitivas, validado mediante el Juicio de expertos, y la confiabilidad demostrada aplicando el Alfa de Cronbach ($\alpha=0.817$).

Baremo

Nivel bajo: 5 - 12

Nivel medio: 13 - 19

Nivel alto: 20 – 25

Validez

La validez de un instrumento es el nivel en que el instrumento verifique determinando la variable que pretende establecer” (Hernández & Mendoza, 2018).

En la investigación se realizó la validación mediante el juicio de ocho expertos, que analizaron la validez con el coeficiente de concordancia V de Aiken, dando como resultado que los instrumentos tienen validez (ver apéndice C).

Confiabilidad

La confiabilidad de un cuestionario se refiere a la consistencia de las puntuaciones obtenidas por las mismas personas, cuando se las examina en distintas ocasiones con los mismos cuestionarios (Mar et al., 2020).

Para ello se utilizó el coeficiente Alfa de Cronbach, para lo cual en el estudio, se realizó una prueba piloto con 20 participantes, en base al cual se calculó el Alfa de Cronbach.

Tabla 1

Confiabilidad de los instrumentos

Instrumento	Alfa de Cronbach	N° de elementos
Medical Office Survery on Patient Safety Culture	0.860	20
Cuestionario de las Barreras de notificación de eventos adversos	0.817	20

Proceso de recolección de datos

El proceso de recolección de datos consistió primeramente en solicitar permiso a las autoridades del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távora”, una vez logrado ello, se coordinó los días de la aplicación de los instrumentos. Luego, antes de aplicar el cuestionario, se explicó a los participantes los objetivos de la investigación, y se enfatizó el respeto de su anonimato y confidencial. Culminada la recolección de datos, se procedió a la codificación de los datos, luego se realizó el vaciamiento en una matriz de datos en el programa Excel, para transferirlo al programa SPSS realizando el correspondiente tratamiento estadístico de acuerdo a los objetivos de investigación. Los participantes en la investigación, expresaron su aceptación autónoma y voluntaria de participar en el estudio a través del consentimiento informado previa explicación de los objetivos del estudio.

Procesamiento y análisis de datos

Una vez culminada la recolección de datos, se procedió a vaciarlos en una matriz de datos en el programa Excel de acuerdo a la codificación, transfiriéndolo luego al Paquete Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS).

Se hizo uso de la estadística descriptiva, expresando los resultados en tablas de frecuencia. Asimismo, se utilizó la estadística inferencial para la prueba de las hipótesis de estudio, utilizándose el Coeficiente de correlación Rho de Spearman.

Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación aseguró que no se afectaran los valores ni derechos de los sujetos de estudio al no vulnerar su identidad e información clínica.

La recolección de datos se hizo bajo confidencialidad. Además, la toma de datos solo se realizó con previa autorización de las autoridades del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, así como la autorización del Jefe del Departamento de Enfermería.

Beneficencia, se buscó con la investigación hacer el bien, beneficiar a las personas, el estudio no produjo daño a los participantes.

Justicia, incluyó a todos los sujetos de estudio, siendo tratados equitativamente.

Capítulo IV

Resultados y Discusión

Resultados

La presente sección contiene los resultados de los 209 seleccionados para el análisis estadístico.

Tabla 2

Datos generales de la muestra

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	209	100,0
Tiempo de servicio	De 5 a 10 años	8	3,8
	De 10 a 20 años	93	44,5
	Mayor a 20 años	108	51,7
	Total	209	100,0
Tipo de contrato	Nombrada	180	86,6
	Contratada	20	9,6
	CAS	9	3,8
	Total	209	100,0

Las participantes en su totalidad fueron de sexo femenino. En cuanto al tiempo de servicio, el 51.7% tiene más de 20 años, el 44.5% de 10 a 20 años y el 3.8% de 5 a 10 años. Respeto a la condición laboral, el 86.6% es nombrada, el 9.6% contratada y el 3.8% se encuentra dentro del régimen laboral de contrato por administración de servicios (CAS).

Tabla 3

Cultura de seguridad del paciente y dimensiones

	Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%
Cultura de seguridad del paciente	4	1.9	137	65.6	68	32.5
Seguridad en el área de trabajo	8	3.8	64	30.6	137	65.6
Seguridad brindada por la dirección	16	7.7	181	86.6	12	5.7
Seguridad desde la comunicación	12	5.7	177	84.7	20	9.6
Sucesos notificados	29	13.9	100	47.8	80	38.3
Seguridad desde la atención primaria	0	0	40	19.1	169	80.9

En la tabla 3 muestra los resultados descriptivos de la cultura de seguridad del paciente, se observa que de acuerdo al 65.4% la cultura de seguridad del paciente es de nivel medio, el 32.7% considera que tiene un nivel alto y un 1.9% un nivel bajo. En cuanto a sus dimensiones, se aprecia que la seguridad en el área de trabajo y la seguridad desde la atención primaria predomina el nivel alto, y en las dimensiones seguridad brindada por la dirección, seguridad desde la comunicación y sucesos notificados predomina el nivel medio.

Tabla 4

Barreras de notificación de eventos adversos y dimensiones

	Bajo		Medio		Alto	
	N	%	N	%	N	%
Barreras de notificación de eventos adversos						
adversos	29	13.9	180	86.1	0	0
Barreras organizativas	49	23.4	160	76.6	0	0
Barreras actitudinales	85	40.7	120	57.4	4	1.9
Barreras cognoscitivas	29	13.9	180	86.1	0	0

En la tabla 4 se muestran los resultados descriptivos de las barreras de notificación de eventos adversos, observándose que el 86.5% considera que existen barreras de notificación de eventos adversos en un nivel medio y el 13.9% considera que existe barreras en un nivel bajo. En cuanto a sus dimensiones, los resultados mostraron que tanto en las barreras organizativas, barreras actitudinales y las barreras cognoscitivas, predomina el nivel medio.

Correlación entre cultura de seguridad del paciente y barreras de notificación de eventos adversos

Hipótesis general.

Ha: La cultura de seguridad del paciente se relaciona significativamente con las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Ho: La cultura de seguridad del paciente no se relaciona significativamente con las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Elección de nivel de significancia: 0.05

Regla de decisión:

Si $p\text{-valor} < 0.05$, rechazar H_0

Si $p\text{-valor} > 0.05$, aceptar H_0

Tabla 5

Correlación entre cultura de seguridad y barreras de notificación de eventos adversos

		Barreras de la notificación de eventos adversos	
Rho de Spearman	Cultura de seguridad del paciente	Coefficiente de correlación	,222
		Sig. (bilateral)	,001
		N	209

La tabla 5 presenta el análisis de relación de la cultura de seguridad del paciente con las barreras de notificación de eventos adversos. Los valores del Coeficiente Rho de Spearman $\rho = 0.222$ y un $p\text{-valor} < 0,05 = 0,001$, por lo que se toma la decisión de rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_a), confirmándose que existe relación entre la cultura de seguridad y las barreras de notificación de eventos adversos, la cual es significativa, positiva baja.

Hipótesis específica 1.

Ha: La seguridad en el área de trabajo se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Ho: La seguridad en el área de trabajo no se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Tabla 6

Correlación entre seguridad en el área de trabajo y barreras de notificación de eventos adversos

		Barreras de la notificación de eventos adversos
Rho de Spearman	Seguridad en el área de trabajo	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N
		,085 ,224 209

La tabla 6 presenta el análisis de relación de la seguridad en el área de trabajo con las barreras de notificación de eventos adversos. Los valores del Coeficiente Rho de Spearman $\rho=0.085$ y un $p\text{-valor}>0,05=0,224$, por lo que se toma la decisión de aceptar la hipótesis nula (H_0), es decir, se confirma que no existe relación entre la seguridad en el área de trabajo y las barreras de notificación de eventos adversos.

Hipótesis específica 2.

Ha: La seguridad brindada por la dirección se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Ho: La seguridad brindada por la dirección no se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Tabla 7

Correlación entre seguridad brindada por la dirección y barreras de notificación de eventos adversos

			Barreras de la notificación de eventos adversos
Rho de Spearman	Seguridad brindada por la dirección	Coefficiente de correlación	,130
		Sig. (bilateral)	,060
		N	209

La tabla 7 presenta el análisis de relación de la seguridad brindada por la dirección con las barreras de notificación de eventos adversos. Los valores del Coeficiente Rho de Spearman $\rho = 0.130$ y un $p\text{-valor} > 0,05 = 0,060$, por lo que se toma la decisión de aceptar la hipótesis nula (H_0), es decir, se confirma que no existe relación entre la seguridad brindada por la dirección y las barreras de notificación de eventos adversos.

Hipótesis específica 3.

Ha: La seguridad desde la comunicación se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Ho: La seguridad desde la comunicación no se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Tabla 8

Correlación entre seguridad desde la comunicación y barreras de notificación de eventos adversos

			Barreras de la notificación de eventos adversos
Rho de Spearman	Seguridad desde la comunicación	Coefficiente de correlación	,320
		Sig. (bilateral)	,000
		N	209

La tabla 8 presenta el análisis de relación de la seguridad desde la comunicación con las barreras de notificación de eventos adversos. Los valores del Coeficiente Rho de Spearman $\rho = 0.320$ y un $p\text{-valor} < 0,05 = 0,000$, por lo que se toma la decisión de rechazar la hipótesis nula (H_0) y aceptar la hipótesis alterna (H_a), confirmándose que existe relación entre la seguridad desde la comunicación y las barreras de notificación de eventos adversos, la cual es significativa, positiva baja.

Hipótesis específica 4.

Ha: Los sucesos notificados se relacionan significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Ho: Los sucesos notificados no se relacionan significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Tabla 9

Correlación entre sucesos notificados y barreras de notificación de eventos adversos

		Barreras de la notificación de eventos adversos	
Rho de Spearman	Sucesos notificados	Coefficiente de correlación	,306
		Sig. (bilateral)	,000
		N	209

La tabla 9 presenta el análisis de relación de los sucesos notificados con las barreras de notificación de eventos adversos. Los valores del Coeficiente Rho de Spearman $\rho = 0.306$ y un $p\text{-valor} > 0,05 = 0,200$, por lo que se toma la decisión de rechazar la hipótesis nula (Ho) y aceptar la hipótesis alterna (Ha), confirmándose que existe relación entre los sucesos notificados y las barreras de notificación de eventos adversos, la cual es significativa, positiva baja.

Hipótesis específica 5.

Ha: La seguridad desde la atención primaria se relacionan significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Ho: La seguridad desde la atención primaria no se relacionan significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.

Tabla 10

Correlación entre seguridad desde la atención primaria y barreras de notificación de eventos adversos

			Barreras de la notificación de eventos adversos
Rho de Spearman	Seguridad desde la atención primaria	Coefficiente de correlación	,086
		Sig. (bilateral)	,215
		N	209

La tabla 10 presenta el análisis de relación de la seguridad desde la atención primaria con las barreras de notificación de eventos adversos. Los valores del Coeficiente Rho de Spearman $\rho = 0.0852$ y un $p\text{-valor} > 0,05 = 0,224$, por lo que se toma la decisión de aceptar la hipótesis nula (H_0), es decir, se confirma que no existe relación entre la seguridad desde la atención primaria y las barreras de notificación de eventos adversos.

Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba estadística Rho de Spearman, para las hipótesis que han orientado la investigación se ha podido observar que sí existe relación significativa positiva entre la cultura de seguridad del paciente se relaciona significativamente con las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020. Al respecto, el estudio de Giraldo, Mendoza, Rodríguez & Beltrán (2016), concluye que la cultura del reporte de incidentes y eventos adversos mejora la calidad en la prestación de los servicios y disminuye los costos en la salud, como también contribuye al fortalecimiento y mejoramiento de los sistemas de comunicación establecidos en la clínica, que permiten la adherencia y el compromiso, que debe ser entendido por el personal de salud, sobre la importancia del reporte.

En cuanto a los resultados descriptivos el estudio permitió identificar que la cultura de seguridad del paciente es de nivel medio a alto. Comparándolo con otros estudios, se encuentra coincidencias con Andrade et al. (2018), quien obtuvo como resultado un nivel medio de seguridad del paciente, por lo cual no se evidencia una política de seguridad del paciente fortalecido basado en la cultura del personal, a pesar de ver a la parte gerencial como un aliado.

Hallazgos que son respaldados por Choudhry (2007) quien señala que la cultura de la seguridad, se refiere a las actitudes, valores y percepciones compartidas hacia la seguridad que tienen los grupos organizacionales, asumiendo que la cultura de la seguridad es tanto un producto como un impulsor de las prácticas relacionadas con el riesgo.

Asimismo, por Rocco y Garrido, quienes afirman que se expresa en los valores, principios y normatividad que caracteriza a la organización, conocido y aceptado por el conjunto de individuos, teniendo como eje central la seguridad.

Y que difieren con los obtenidos por Nuñez (2020) quien en un Hospital Regional, mostró que existe una cultura de seguridad débil.

En cuanto a la variable las barreras de notificación de eventos adversos, se observó que profesional de enfermería en su mayoría reporta que éstas se dan en un nivel medio, porque existen barreras organizativas, actitudinales y cognoscitivas que explican que no se efectúen la notificación de eventos adversos, coincidiendo con Vargas, Barrientos & Llontop (2017) quienes en su estudio mostraron que el personal de salud tiene limitado conocimiento sobre eventos adversos y desconoce que existe un sistema de vigilancia, señalando como causas de eventos adversos la mala praxis, problemas en los procesos de admisión y organización del hospital, asimismo, las actitudes del personal de salud frente a la ocurrencia de eventos adversos constituye una barrera en su notificación.

Asimismo, se encuentra coincidencias con Acosta (2017) ya que en sus resultados evidenció que la mayoría del personal de enfermería tiene conocimiento sobre el manual de seguridad del paciente, sin embargo, consideran que es necesaria la implementación de una cultura de seguridad, además se comprobó que existe un nivel medio de notificación y registro de eventos adversos.

Se plantearon cinco hipótesis específicas. En referencia a la hipótesis específica 1: La seguridad en el área de trabajo se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020. Los hallazgos mostraron un p-valor >0.05 (0.224),

por lo que se aceptó la hipótesis nula, comprobándose que no existe relación significativa entre la seguridad en el área de trabajo con las barreras de notificación de eventos adversos.

Además, en el estudio se comprobó que la seguridad en el área de trabajo en el Centro Médico Naval alcanzó un nivel alto, sin embargo, las barreras de notificación presentaron un nivel medio, lo que implica que la institución de salud debe tomar las medidas pertinentes para incentivar un mayor nivel de notificación.

De acuerdo a la OIT (2018), la seguridad como parte de las condiciones del ambiente de trabajo constituyen aspectos estratégicos necesarios en todo ámbito laboral, que forma parte de la seguridad social del trabajador. Al respecto, Henao (2016) señala que dicha seguridad en el área de trabajo, es una parte necesaria de las estructuras organizacionales de atención al bienestar y la salud de los trabajadores, ofreciendo condiciones que favorecerán buenas actuaciones en salud, medio ambiente y administración de seguridad en la institución.

Asimismo, la hipótesis específica 2: La seguridad brindada por la dirección no se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020, frente a los hallazgos obtenidos por el Rho de Spearman $p\text{-valor} > 0.05$ (0.60), se aceptó la hipótesis nula, confirmando que no existe relación entre la seguridad brindada por la dirección de la cultura de seguridad y las barreras de notificación de eventos adversos. La seguridad brindada por la dirección obtuvo un nivel medio.

El papel que juega la dirección en el desarrollo y fortalecimiento de la cultura de seguridad es fundamental, tal como lo señala Yuan, Yunxiao & Jing (2019), explicando que el desarrollo de una cultura de seguridad está a cargo de los directivos quienes a través de reglamentos y normas establecen una cultura de seguridad en la organización. Al respecto

Henao (2016) acota que asegurar la implementación exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, requiere políticas claras, capacidad de liderazgo, información para impulsar mejoras en la seguridad, profesionales de la salud capacitados y la participación efectiva de los pacientes en su atención.

Con respecto a la hipótesis específica 3: La seguridad desde la comunicación se relaciona significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020, los resultados estadísticos mostraron p-valor <0.05 (0.000), demostrando que existe una relación significativa entre la seguridad desde la comunicación y las barreras de notificación de eventos adversos.

Sobre ello, Bautista et al. (2019) especifica que la comunicación efectiva entre el personal de salud es crucial para lograr una atención segura, especialmente en áreas multidisciplinarias, en entornos de servicio de atención médica como las salas de hospitalización quirúrgica, lo que conlleva a promover una comunicación entre miembros del equipo.

En cuanto a la hipótesis específica 4: Los sucesos notificados se relacionan significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020, los resultados estadísticos mostraron p-valor <0.05 (0.000), demostrando que existe una relación significativa entre los sucesos notificados y las barreras de notificación de eventos adversos.

Es esencial que los sucesos sean notificado, para ello, es necesario mitigar las barreras asociadas con los sistemas de notificación espontánea y garantizar que esos informes sean útiles, lo cual constituyen componentes esenciales para garantizar la seguridad de los trabajadores y reducir los costos si ocurriese eventos adversos (Milne et al., 2021).

En cuanto a la hipótesis específica 5: La seguridad desde la atención primaria se relacionan significativamente en las barreras de la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020, frente a los hallazgos obtenidos por el Rho de Spearman $p\text{-valor} > 0.05$ (0.215), se aceptó la hipótesis nula, confirmando que no existe relación entre la seguridad desde la atención primaria y las barreras de notificación de eventos adversos.

La seguridad desde la atención del paciente es una disciplina de atención de la salud que surgió con la complejidad cambiante de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en las instalaciones de la salud. Tiene como objetivo prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que les ocurren a los pacientes durante la prestación de atención (World Health Organization, 2019).

Dentro de las limitaciones en la realización del estudio, se encontró que no existen investigaciones que se enfoquen en analizar la relación entre las variables de estudio, por lo que se ha podido contrastar los resultados obtenidos con otras investigaciones correlacionales.

Finalmente, a pesar de existir en el lugar de estudio, es decir, en el Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, un proceso diseñado para la notificación de eventos adversos en el Sistema de Gestión de Calidad, sin embargo, se observó cómo problema la existencia de deficiencia en la notificación de los eventos adversos, el estudio permitió determinar que las barreras de notificación de eventos adversos están constituidas por barreras organizativas, actitudinales y cognoscitivas.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Se concluye que la cultura de seguridad del paciente se relaciona con las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020 ($p\text{-valor} < 0,05 = 0,001$), la cual es significativa, positiva baja, es decir, en la medida que haya mayores niveles de cultura de seguridad del paciente, habrá menores barreras de notificación de eventos adversos.

No existe relación entre la seguridad en el área de trabajo y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020 ($p\text{-valor} > 0,05 = 0,224$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

No existe relación entre la seguridad brindada por la dirección y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020 ($p\text{-valor} > 0,05 = 0,060$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

Existe relación entre la seguridad desde la comunicación y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020 ($p\text{-valor} < 0,05 = 0,000$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 3 y se confirma que existe una relación significativa, positiva baja y

Existe relación entre los sucesos notificados y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020 ($p\text{-valor} > 0,05 = 0,000$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 4, confirmándose una relación significativa, positiva baja.

No existe relación entre la seguridad desde la atención primaria y las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020 ($p\text{-valor} > 0,05 = 0,215$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

Recomendaciones

Los directivos del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, deben desarrollar políticas donde traten los problemas de seguridad del paciente como un problema de equipo, no individual a fin de enfocar las debilidades encontradas y de esta manera desarrollar estrategias correctivas frente a los eventos adversos.

A la Jefa de Enfermería, fomentar el trabajo en equipo, a fin de discutir los errores e inconvenientes que puedan afectar la seguridad del paciente contribuyendo con ello a tener una actitud positiva para aprender a fortalecerse de la experiencia.

A la Jefa de Enfermería, realizar campañas internas, capacitaciones, dirigido a los profesionales de enfermería, difundiendo los principios y valores de la seguridad del paciente.

Implementar mejoras continuas por parte de la enfermera jefe, que promuevan la cultura de seguridad del paciente, a fin de incentivar al personal a su cargo actitudes favorables relacionadas a la notificación de eventos adversos, con una orientación de mejora continua y no sancionadora.

A los directivos de la institución hospitalaria, priorizar la difusión y conocimiento del proceso de notificación de incidentes y eventos adversos en salud del Sistema de Gestión de Calidad, fortaleciendo la participación de todos los actores de salud en la vigilancia de la aplicación de buenas prácticas, reportes de eventos adversos, que busquen eliminar las barreras que impiden su notificación.

Los directivos de la institución hospitalaria promover la implementación de un sistema de reporte de incidentes y eventos adversos digital, de uso práctico a los trabajadores, el cual permita minimizar las barreras en la notificación de incidentes y eventos adversos en salud.

Los Directivos deben promover un entorno laboral que cuente con los recursos necesarios (Infraestructura, equipamiento y recurso humano), adecuados para la demanda. Con la finalidad que los trabajadores de la salud brinden una atención y cuidado de calidad, minimizando los riesgos oportunamente.

Referencias

- Acosta, D. (2017). *Eventos adversos de enfermería en el cuidado directo al paciente del área de medicina interna del Hospital Delfina Torres de Concha- Esmeraldas, 2016*. Ibarra, Ecuador: Universidad Técnica del Norte.
- Andrade, H., Martínez, F., Moreno, Y., Novoa, M., & Ramírez, V. (2018). *Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en una IPS de baja complejidad, Buga, Valle*. Universidad Católica de Manizales, Colombia.
- Aranaz, J., Pardo, A., & López, P. (Agosto de 2018). Cultura de seguridad del paciente y docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 92(15).
- Bañeres, J., & Cavero, E. (2014). *Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bautista, J., Alpendre, F., & Paixao, D. (2019). Safety culture and communication about surgical errors from the perspective of the health team. *Revista Gaúcha de Enfermagem*.
- Bernal, C. (2010). *Metodología de la investigación* (3 ed.). Colombia: Pearson Educación.
- Bovis, J. (June de 2018). Barriers to staff reporting adverse incidents in NHS hospitals. *Future Healthcare Journal*, 5(2), 117-120.
- Dirección de Salud de la Marina. (2019). *Centro Médico Naval CMST*. Recuperado el 31 de Enero de 2019, de <https://www.disamar.mil.pe/?view=articulo&id=5>
- Escandell, F., Perpiñá, J., & Pérez, L. (2021). Nurses' Perceptions on the Implementation of a Safe Drug Administration Protocol and Its Effect on Error Notification . *Int. J. Environ. Res. Public Health*.
- FORO. (2015). *Cultura de Seguridad en las organizaciones, instalaciones y actividades con fuentes de radiación ionizante*. Recuperado el 12 de Marzo de 2020, de Cultura de

seguridad en las organizaciones:

http://radioproteccionsar.org.ar/online/doc/congreso_argentino_xii_2019/d4/Cultura_de_seguridad.pdf

Giraldo, L., Mendoza, M., Rodríguez, P., & Beltrán, S. (2016). Factores que influyen en la omisión del reporte de incidentes y eventos adversos en una institución acreditada de tercer nivel en Bogotá. *Cienc Tecnol Salud Vis Ocul.*, 14(1), 79-87. doi:

<http://dx.doi.org/10.19052/sv.3518>.

Henao, F. (2016). *Seguridad y salud en el trabajo: Conceptos básicos*. Colombia: Ecoe.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6 ed.).

México: Mc Graw Hill Interamericana.

Lopes de Figueiredo, M., & D'Innocenzo, M. (2017). Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. *Enfermería Global*, 16(47), 605-650.

Enfermería Global, 16(47), 605-650.

Luengo, C., Paravic, T., & Valenzuela, S. (2016). Causas de subnotificación de accidentes de trabajo y eventos adversos en Chile. *Rev Panam Salud Publica*, 39(2), 86-92.

Martínez, V. (2016). *Cultura de seguridad del paciente, en enfermeras del Servicio de Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima 2015*. (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/5301>.

Mascarello, A., Massaroli, A., Pitilin, E., Araujo, J., Rodríguez, M., & Souza, M. (2021).

Incidents and adverse events notified at hospital level. *Rev Rene*, 1-8. doi::

<https://doi.org/10.15253/2175-6783.20212260001>

Mendoza, L. (2015). *Riesgos clínicos y epidemiológicos asociados con la evitabilidad y gravedad de eventos adversos vinculados al cuidado de pacientes críticos Essalud*.

(Tesis de maestría). Universidad Nacional del Centro del Perú, Huancayo, Perú.

Recuperado de

<http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1508/MENDOZA%20CABALLERO%20LILIANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Milne, M., Lam, C., Rehman, N., Sharif, R., & Meinert, E. (2021). Distributed Ledger

Infrastructure to Verify Adverse Event Reporting (DeLIVER): Proposal for a Proof-of-Concept Study. *JMIR Publications*, 10(6).

Ministerio de Salud. (2013). *Directiva Sanitaria N° 046-MINSA/DGE-V.01 de notificación de enfermedades y eventos sujetos a vigilancia epidemiológica en salud pública*.

Obtenido de Directiva Sanitaria de Notificación de Enfermedades y Eventos Sujetos a Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública:

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4292.pdf>

Morgan, J., Reader, T., Shorrocks, S., & Kirwan, B. (2020). Safety culture and power:

Interactions between perceptions of safety culture, organisational hierarchy, and national culture. *Safety Science*, 550-561. Recuperado de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753518303771>.

Mutaman, J., & Sobri, M. (2018). Hospital nurse shift length, patient-centered care, and the perceived quality and patient safety. *The International Journal of Health Planning and Management*.

Núñez, E. (2020). *Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional*

Docente Las Mercedes. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Recuperado de

http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2481/1/TL_Nu%C3%B1ezSamaniegoEric.pdf.

OPS. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Obtenido de

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53125/9789275322659_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Internacional del Trabajo. (2018). *International Newsletter on Occupational Safety and Health*. Obtenido de

https://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_616129/lang--en/index.htm

Organización Mundial de la Salud - IBEAS. (2015). *IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica*. Recuperado el 1 de Febrero de 2020, de Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica :

https://www.who.int/patientsafety/research/ibeas_report_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). *La Investigación en seguridad del paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura*. Obtenido de

https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Seguridad del paciente*. Obtenido de

https://www.who.int/topics/patient_safety/es/

Orkaizagirre, A. (2016). *La cultura de seguridad del paciente de las enfermeras hospitalarias*. Zaragoza, España: (Tesis doctoral). Universidad Zaragoza.

Raille, M., & Marriner, A. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences. Obtenido de Modelos y teorías en enfermería.

Real Academia Española. (s.f.). *Barrera*. Recuperado el 1 de Febrero de 2019, de

<https://dle.rae.es/barrera>

Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 785-795. doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006.

- Rosas, L., & Zárate, R. (2017). Validación del instrumento “Factores asociados a la notificación de eventos adversos por el personal de salud”. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 25(3), 227-32.
- Sánchez, J. (2018). *Cultura de seguridad del paciente y cultura organizacional en el personal de enfermería del Hospital Chancay, 2016*. (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo, Chancay, Perú. Recuperado de https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_b43c68041bc2c99446aa3460e3c9ad2e.
- Schwendimann, R., Blatter, C., & Dhaini, S. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. *BMC Health Services Research*.
- Shams, S. (Febrero de 2017). Causes of Medication Error in Hospital Setting. *Manager's Journal on Nursing*, 7(1), 34-39.
- Shenn, R. (2018). *La cultura organizacional y su impacto en la gestión empresarial: Un acercamiento a tres compañías peruanas*. Lima: Fondo Editorial Universidad de Lima.
- Silvestre, S., Agostinho, M., & Príncipe, F. (2018). Percepción de los profesionales de la salud sobre las limitaciones a la notificación del error/evento adverso. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(19).
- Tartaglia, C., Guerra, S., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: a systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 3(9), 660–677.
- Ubillus, A. (2018). *Eventos adversos hospitalarios, seguridad del paciente y estrategias de solución, clínica Universitaria Lima, 2017*. Chimbote: Universidad San Pedro.

- Vargas, R., Barrientos, R., & Llontop, J. (2017). *Actitudes del personal de salud frente a eventos adversos*. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego.
- Viena de Lima, A., Antunes, F., & Oliveira, G. (Julio de 2019). Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado. Universidad Potiguar. *Enfermería Global*(55), 314-323.
- World Health Organization. (13 de September de 2019). *Patient Safety*. Obtenido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Yuan, G., Yunxiao, F., & Jing, W. (2019). The mediating role of safety management practices in process safety culture in the Chinese oil industry. *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*, 223-230. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0950423018305400>.
- Zárate, R., Salcedo, R., & Olvera, S. (2017). Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería Universitaria*, 14(4), 277-285.

Apéndices

Apéndice A

Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Marque con un aspa (X) la respuesta que considere acertada con su punto de vista, según las siguientes alternativas:

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

N°	Ítems	1	2	3	4	5
	Dimensión 1: Seguridad en el área de trabajo					
1.	El profesional de enfermería se apoya mutuamente en el servicio					
2.	Hay suficientes enfermeras para afrontar la carga laboral.					
3.	Trabajamos en equipo cuando tenemos mucho trabajo.					
4.	En el servicio el profesional de enfermería se trata con respeto					
5.	Ante algún fallo se pone en marcha medidas para evitarlo.					
6.	Cuando existe sobrecarga laboral hay ayuda entre compañeros.					
	Dimensión 2: Seguridad brindada por la dirección					
7.	Mi jefe hace comentarios favorables ante un trabajo conforme.					
8.	Mi jefe considera las sugerencias del profesional de enfermería.					
9.	Mi jefe quiere que trabajemos a presión más rápido.					
10.	Mi jefe no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes.					
	Dimensión 3: Seguridad desde la comunicación					
11.	Se informa los cambios realizados a partir de los sucesos notificados.					
12.	Cuestiona las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
13.	Discute cómo prevenir errores para que no vuelvan a suceder.					
14.	Siente miedo de hacer preguntas cuando algo no está bien.					
	Dimensión 4: Sucesos notificados					
15.	Se notifica los errores para corregirlo antes de afectar al paciente.					
16.	Se notifica los errores aunque no tenga potencial de dañar al paciente.					
	Dimensión 4: Seguridad desde la atención primaria					
17.	El ambiente del servicio promueve la seguridad al paciente					
18.	Se pierde información de los pacientes durante los cambios de turno.					
19.	Demuestra que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.					
20.	Cuando ocurre un suceso se interesa en la seguridad del paciente.					

CUESTIONARIO BARRERAS DE LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Marque con un aspa (X) la respuesta que considere acertada con su punto de vista, según las siguientes alternativas:

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo

N°	Ítems	1	2	3	4	5
1.	El reporte de eventos adversos ayuda a identificar al personal que necesita capacitación adicional.					
2.	El reportar o no un evento adverso depende de cuántas personas son conscientes de que el error se ha producido.					
3.	No es mi responsabilidad reportar los eventos adversos relacionados con mis colegas.					
4.	Reportar los eventos adversos protege al paciente.					
5.	Al informar un evento adverso permite a los demás supervisarme.					
6.	Siempre y cuando los que me rodean aprendan de los eventos adversos, no hay necesidad de reportarlos.					
7.	Se puede afectar la carrera del personal que reporta los eventos adversos					
8.	Los procedimientos en este hospital son claros sobre la forma de reportar los eventos adversos					
9.	No estoy haciendo mi trabajo correctamente a menos que reporte los eventos adversos que se presenten.					
10.	Mis colegas esperan que yo reporte un evento adverso cuando este se presenta.					
11.	Reportar los eventos adversos me crea problemas.					
12.	Al escribir en la nota de un paciente sobre un evento adverso que ha sucedido, es tan bueno como realizar el reporte del mismo.					
13.	El estímulo verbal o escrito al personal de salud por parte de los directivos, me anima a reportar los eventos adversos.					
14.	Tener un departamento responsable del monitoreo de eventos adversos en el hospital facilita al personal reportar la presencia de un evento adverso.					
15.	El informe de eventos adversos permite a todos saber que he cometido un error.					
16.	No se me permite reportar los eventos adversos.					
17.	Solo se deben reportar los eventos adversos cuando algo se puede aprender de ellos.					
18.	El reporte de un evento adverso es un método a través del cual se establece claramente quién tiene la culpa del error.					
19.	Los eventos adversos no se pueden prevenir, por lo que no tiene ninguna finalidad reportarlos.					
20.	El reporte de eventos adversos permite crear rumores entre mis colegas sobre mi participación					

Apéndice B

Confiabilidad de los instrumentos

Cultura de seguridad del paciente

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,770	20

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	65,85	61,570	,488	,753
VAR00002	67,18	60,466	,432	,753
VAR00003	66,15	60,008	,467	,751
VAR00004	65,76	59,502	,552	,746
VAR00005	66,03	59,155	,674	,741
VAR00006	66,24	60,377	,457	,752
VAR00007	66,18	58,278	,432	,752
VAR00008	66,27	57,580	,552	,743
VAR00009	66,33	63,354	,162	,775
VAR00010	67,00	68,688	-,124	,794
VAR00011	66,27	58,767	,457	,750
VAR00012	66,73	64,017	,168	,772
VAR00013	66,00	59,250	,571	,745
VAR00014	67,52	73,070	-,418	,804
VAR00015	66,00	57,813	,656	,738
VAR00016	66,12	58,735	,590	,743
VAR00017	65,73	60,955	,329	,761
VAR00018	67,30	72,030	-,324	,803
VAR00019	65,36	60,614	,521	,750
VAR00020	65,36	61,239	,441	,754

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,673	20

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM1	55,21	85,297	,045	,678
ITEM2	56,12	82,422	,125	,675
ITEM3	56,03	86,093	-,042	,692
ITEM4	55,12	90,047	-,201	,712
ITEM5	56,64	78,864	,289	,658
ITEM6	55,15	83,445	,087	,678
ITEM7	56,64	74,426	,481	,636
ITEM8	56,42	76,189	,390	,646
ITEM9	55,76	83,252	,060	,684
ITEM10	56,42	67,689	,646	,607
ITEM11	56,21	78,610	,269	,660
ITEM12	54,73	85,955	,017	,678
ITEM13	54,18	87,216	-,080	,682
ITEM14	55,52	85,195	-,007	,689
ITEM15	56,48	79,695	,218	,666
ITEM16	55,67	73,479	,485	,634
ITEM17	54,94	80,496	,219	,665
ITEM18	56,18	68,153	,658	,607
ITEM19	56,73	71,205	,629	,618
ITEM20	56,82	73,591	,494	,633

Apéndice C

Prueba de Concordancia de Jueces Expertos

N°	CRITERIOS
1	¿Está de acuerdo con las características, forma de aplicación y estructura del instrumento?
2	¿A su parecer, el orden de las preguntas es el adecuado?
3	¿Existe dificultad para entender las preguntas del instrumento?
4	¿Existen palabras difíciles de entender en los ítems o reactivos del instrumento?
5	¿Las opciones de respuesta están suficientemente graduados y pertinentes para cada ítem o reactivo del instrumento?
6	¿Los ítems o reactivos del instrumento tienen correspondencia con la dimensión al que pertenece en el constructo?

RITERIOS	JUECES								VALOR P
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
2	0	1	1	0	1	1	1	1	6
3	1	0	0	0	0	0	0	0	1
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	1	1	1	1	1	1	1	1	8
6	1	1	1	1	1	1	1	1	8
TOTAL	4	4	4	3	4	4	4	4	31

1: De acuerdo 0: En desacuerdo

Prueba de Concordancia entre los Jueces

$$b = \frac{Ta}{Ta + Td} \times 100$$

Donde:

b: Grado de concordancia significativa

Ta: N° total de acuerdo de Jueces

Td: N° total de desacuerdo de Jueces

Reemplazando:

$$b = \frac{31}{31 + 17} \times 100 = 0.646$$

0,53 a menos	Validez nula
0,54 a 0,59	Validez baja
0,60 a 0,65	Válida
0,66 a 0,71	Muy válida
0,72 a 0,99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

De acuerdo al baremo de Aiken, se comprueba que los instrumentos tienen validez.

Tabla

Relación de Jueces Expertos

N°	Juez Experto	Cargo
1	C. de F SN(F) Karla Bernal Málaga	Jefe de la Oficina de Gestión de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud del Centro Médico Naval” CMST”
2	Mg. Jorge Chinga Ramos	Supervisor de la Oficina de Gestión de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud de la Marina de Guerra del Perú
3	Lic. Enf. Patricia Saldarriaga Talledo	Jefe de Acreditación Oficina de Gestión de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud del Centro Médico Naval” CMST”
4	Lic. Enf. Judith Fierro Camarena	Jefe de Acreditación Oficina de Gestión de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud del Centro Médico Naval” CMST”
5	Mg. Ingrid Magaly Calle Samaniego	Jefe de Seguridad de Paciente de la Oficina de Gestión de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud de la Marina de Guerra del Perú
6	Dra. Karina Verónica Chuquizuta Benavides	Jefe de Mejora Continua de la Oficina de Gestión de Calidad y Humanización de los Servicios de Salud de la Marina de Guerra del Perú
7	Dra. Angela Patricia MENDOZA Castro	Médico Auditor – Gerencia de Seguridad del Paciente ESSALUD
8	Dra. Carmen BEJARANO Flores	Médico Auditor – Clínica Especialidades Médicas

Apéndice D

Prueba de Normalidad

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Cultura de seguridad del paciente	Barreras de la notificación de eventos adversos
N		209	209
Parámetros normales ^{a,b}	Media	70,09	55,72
	Desviación estándar	7,211	6,747
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,097	,091
	Positivo	,066	,091
	Negativo	-,097	-,072
Estadístico de prueba		,097	,091
Sig. asintótica (bilateral)		,000 ^c	,000 ^c

- a. La distribución de prueba es normal.
- b. Se calcula a partir de datos.
- c. Corrección de significación de Lilliefors.

Apéndice E

Base de datos Cultura de seguridad del paciente

N°	DATOS GENERALES				CULTURA DE SEGURIDAD																			
	Edad	Sexo	Tiempo	Contrato	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	42	1	1	3	4	3	4	4	5	5	5	4	5	1	4	3	4	2	5	5	5	2	5	5
2	52	1	3	1	4	3	5	5	5	4	3	3	2	3	5	3	3	1	5	5	4	2	5	5
3	53	1	3	1	4	2	4	5	3	4	3	3	2	2	3	3	3	1	4	4	5	1	5	5
4	42	1	1	3	4	3	4	4	5	5	5	4	5	1	4	3	4	2	5	5	5	2	5	5
5	40	1	2	1	4	3	3	4	4	4	3	4	3	3	4	3	4	2	4	3	3	1	5	5
6	51	1	3	1	4	2	4	5	5	4	3	4	3	2	5	3	4	2	5	5	4	2	5	5
7	42	1	2	2	4	1	3	4	3	2	2	2	3	2	2	4	4	2	5	4	4	3	5	5
8	56	1	3	1	5	3	2	4	3	4	3	2	3	2	4	3	2	2	3	3	4	3	4	4
9	45	1	2	1	4	3	4	4	4	4	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	4	3	4	4
10	62	1	3	1	5	2	5	5	5	5	5	5	1	4	5	2	3	1	5	5	5	2	5	5
11	46	1	3	1	2	1	3	3	3	3	1	1	5	3	3	3	3	3	4	4	1	2	5	5
12	39	1	2	2	4	3	4	4	4	4	2	3	3	2	4	2	4	1	5	5	4	1	5	5
13	61	1	3	1	4	3	4	5	5	4	4	4	3	2	5	3	4	1	4	4	2	2	5	5
14	43	1	2	2	4	3	4	4	4	4	2	3	4	2	5	3	4	1	5	5	3	3	5	5
15	48	1	3	1	4	2	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	1	4	4	4	2	4	4
16	43	1	2	2	3	2	3	4	3	3	3	3	4	3	5	2	3	1	5	5	4	1	5	5
17	41	1	2	1	4	3	4	5	5	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4
18	42	1	2	1	5	4	5	5	5	1	4	4	1	1	5	1	5	1	4	4	5	1	5	5
19	40	1	2	1	3	1	2	3	3	2	2	2	4	2	3	3	3	3	2	3	4	4	4	4
20	62	1	3	1	4	3	5	5	5	4	5	5	2	2	4	4	5	2	4	4	3	2	4	4
21	44	1	2	1	3	1	2	4	2	1	2	1	5	1	1	3	1	1	2	2	3	4	2	3
22	44	1	3	1	4	2	3	4	2	3	1	1	3	4	2	3	2	1	2	2	3	3	5	5
23	41	1	2	1	4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4	2	4	4	4	3	5	5
24	43	1	2	1	4	3	4	5	5	4	2	3	3	2	3	3	4	2	5	4	5	1	5	5
25	47	1	3	1	3	1	3	3	4	3	3	4	4	2	4	3	4	2	4	4	4	3	5	5
26	54	1	3	1	4	3	4	4	5	4	4	4	1	1	4	2	5	1	4	4	4	2	5	5
27	41	1	2	1	3	1	3	4	3	3	2	3	5	4	4	4	2	3	4	4	3	3	3	3
28	45	1	2	1	4	3	4	4	5	4	5	4	1	3	3	3	4	2	4	4	4	3	5	5
29	52	1	3	1	5	2	5	5	4	4	4	4	3	1	4	4	4	1	4	4	5	2	5	5
30	54	1	3	1	5	3	5	5	5	5	4	4	3	2	5	3	3	1	5	5	5	3	5	5
31	44	1	2	1	4	3	4	5	5	3	3	4	3	1	5	3	5	1	5	3	3	3	5	5
32	56	1	3	1	3	2	3	4	4	2	3	5	1	5	2	5	4	1	4	4	3	2	5	5
33	55	1	3	1	4	4	4	4	5	4	5	4	1	1	5	2	5	1	5	5	4	2	5	5
34	50	1	2	1	4	3	4	4	5	4	4	4	2	2	5	2	4	1	5	5	5	1	5	5
35	47	1	3	1	4	2	4	5	4	3	3	4	2	1	2	2	3	1	4	4	5	1	4	5
36	47	1	2	1	5	3	5	5	5	5	3	3	5	1	4	4	5	1	5	5	5	1	5	5
37	62	1	3	1	4	3	4	4	4	4	3	3	2	2	5	2	4	1	4	4	3	3	5	5
38	46	1	3	1	4	3	5	5	5	5	4	3	1	1	5	2	5	1	5	5	5	2	5	5
39	41	1	2	1	5	3	4	5	4	4	4	4	1	3	4	3	5	1	5	5	4	4	3	5
40	40	1	2	1	4	2	4	5	4	4	4	4	2	2	4	2	3	3	4	3	4	3	5	5
41	42	1	2	2	3	2	3	5	3	3	3	3	4	3	4	3	4	1	4	4	3	3	4	5
42	63	1	3	1	4	2	4	4	4	3	4	3	2	3	4	3	4	1	4	4	4	3	5	4
43	49	1	3	1	4	4	4	4	5	4	4	4	2	1	5	3	5	2	5	5	4	2	5	5
44	49	1	3	1	4	4	4	4	5	4	4	4	2	1	5	3	5	2	5	5	4	2	5	5
45	49	1	3	1	4	4	4	4	5	4	4	4	2	1	5	3	5	2	5	5	4	2	5	5
46	52	1	3	1	5	2	5	4	5	5	5	5	1	1	5	3	5	2	4	4	5	2	5	5
47	44	1	3	1	4	3	4	5	4	4	4	4	1	1	5	2	4	2	2	2	4	2	4	4

48	40	1	2	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	4	3	4	2	4	4	4	2	4	4
49	52	1	3	1	4	4	4	5	5	4	4	5	3	1	5	2	5	1	5	5	5	1	5	5
50	43	1	2	1	5	3	5	5	3	4	3	2	3	3	1	4	4	1	2	1	4	2	5	5
51	49	1	3	1	4	3	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	4	2	5	5
52	43	1	2	1	5	3	5	5	3	4	3	2	3	3	1	4	4	1	2	1	4	2	5	5
53	42	1	1	3	4	3	4	4	5	5	5	4	5	1	4	3	4	2	5	5	5	2	5	5
54	52	1	3	1	4	3	5	5	5	4	3	3	2	3	5	3	3	1	5	5	4	2	5	5
55	53	1	3	1	4	2	4	5	3	4	3	3	2	2	3	3	3	1	4	4	5	1	5	5
56	42	1	1	3	4	3	4	4	5	5	5	4	5	1	4	3	4	2	5	5	5	2	5	5
57	40	1	2	1	4	3	3	4	4	4	3	4	3	3	4	3	4	2	4	3	3	1	5	5
58	51	1	3	1	4	2	4	5	5	4	3	4	3	2	5	3	4	2	5	5	4	2	5	5
59	42	1	2	2	4	1	3	4	3	2	2	2	3	2	2	4	4	2	5	4	4	3	5	5
60	56	1	3	1	5	3	2	4	3	4	3	2	3	2	4	3	2	2	3	3	4	3	4	4
61	45	1	2	1	4	3	4	4	4	4	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	4	3	4	4
62	62	1	3	1	5	2	5	5	5	5	5	5	1	4	5	2	3	1	5	5	5	2	5	5
63	46	1	3	1	2	1	3	3	3	3	1	1	5	3	3	3	3	3	4	4	1	2	5	5
64	39	1	2	2	4	3	4	4	4	4	2	3	3	2	4	2	4	1	5	5	4	1	5	5
65	61	1	3	1	4	3	4	5	5	4	4	4	3	2	5	3	4	1	4	4	2	2	5	5
66	43	1	2	2	4	3	4	4	4	4	2	3	4	2	5	3	4	1	5	5	3	3	5	5
67	48	1	3	1	4	2	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	1	4	4	4	2	4	4
68	43	1	2	2	3	2	3	4	3	3	3	3	4	3	5	2	3	1	5	5	4	1	5	5
69	41	1	2	1	4	3	4	5	5	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4
70	42	1	2	1	5	4	5	5	5	1	4	4	1	1	5	1	5	1	4	4	5	1	5	5
71	40	1	2	1	3	1	2	3	3	2	2	2	4	2	3	3	3	3	2	3	4	4	4	4
72	62	1	3	1	4	3	5	5	5	4	5	5	2	2	4	4	5	2	4	4	3	2	4	4
73	44	1	2	1	3	1	2	4	2	1	2	1	5	1	1	3	1	1	2	2	3	4	2	3
74	44	1	3	1	4	2	3	4	2	3	1	1	3	4	2	3	2	1	2	2	3	3	5	5
75	41	1	2	1	4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4	2	4	4	4	3	5	5
76	43	1	2	1	4	3	4	5	5	4	2	3	3	2	3	3	4	2	5	4	5	1	5	5
77	47	1	3	1	3	1	3	3	4	3	3	4	4	2	4	3	4	2	4	4	4	3	5	5
78	54	1	3	1	4	3	4	4	5	4	4	4	1	1	4	2	5	1	4	4	4	2	5	5
79	41	1	2	1	3	1	3	4	3	3	2	3	5	4	4	4	2	3	4	4	3	3	3	3
80	45	1	2	1	4	3	4	4	5	4	5	4	1	3	3	3	4	2	4	4	4	3	5	5
81	52	1	3	1	5	2	5	5	4	4	4	4	3	1	4	4	4	1	4	4	5	2	5	5
82	54	1	3	1	5	3	5	5	5	5	4	4	3	2	5	3	3	1	5	5	5	3	5	5
83	44	1	2	1	4	3	4	5	5	3	3	4	3	1	5	3	5	1	5	3	3	3	5	5
84	56	1	3	1	3	2	3	4	4	2	3	5	1	5	2	5	4	1	4	4	3	2	5	5
85	55	1	3	1	4	4	4	4	5	4	5	4	1	1	5	2	5	1	5	5	4	2	5	5
86	50	1	2	1	4	3	4	4	5	4	4	4	2	2	5	2	4	1	5	5	5	1	5	5
87	47	1	3	1	4	2	4	5	4	3	3	4	2	1	2	2	3	1	4	4	5	1	4	5
88	47	1	2	1	5	3	5	5	5	5	3	3	5	1	4	4	5	1	5	5	5	1	5	5
89	62	1	3	1	4	3	4	4	4	4	3	3	2	2	5	2	4	1	4	4	3	3	5	5
90	46	1	3	1	4	3	5	5	5	5	4	3	1	1	5	2	5	1	5	5	5	2	5	5
91	41	1	2	1	5	3	4	5	4	4	4	4	1	3	4	3	5	1	5	5	4	4	3	5
92	40	1	2	1	4	2	4	5	4	4	4	4	2	2	4	2	3	3	4	3	4	3	5	5
93	42	1	2	2	3	2	3	5	3	3	3	3	4	3	4	3	4	1	4	4	3	3	4	5
94	63	1	3	1	4	2	4	4	4	3	4	3	2	3	4	3	4	1	4	4	4	3	5	4
95	49	1	3	1	4	4	4	4	5	4	4	4	2	1	5	3	5	2	5	5	4	2	5	5
96	49	1	3	1	4	4	4	4	5	4	4	4	2	1	5	3	5	2	5	5	4	2	5	5
97	49	1	3	1	4	4	4	4	5	4	4	4	2	1	5	3	5	2	5	5	4	2	5	5
98	52	1	3	1	5	2	5	4	5	5	5	5	1	1	5	3	5	2	4	4	5	2	5	5
99	44	1	3	1	4	3	4	5	4	4	4	4	1	1	5	2	4	2	2	2	4	2	4	4

100	40	1	2	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	4	3	4	2	4	4	4	2	4	4
101	52	1	3	1	4	4	4	5	5	4	4	5	3	1	5	2	5	1	5	5	5	1	5	5
102	43	1	2	1	5	3	5	5	3	4	3	2	3	3	1	4	4	1	2	1	4	2	5	5
103	49	1	3	1	4	3	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	4	2	5	5
104	43	1	2	1	5	3	5	5	3	4	3	2	3	3	1	4	4	1	2	1	4	2	5	5
105	42	1	1	3	4	3	4	4	5	5	5	4	5	1	4	3	4	2	5	5	5	2	5	5
106	52	1	3	1	4	3	5	5	5	4	3	3	2	3	5	3	3	1	5	5	4	2	5	5
107	53	1	3	1	4	2	4	5	3	4	3	3	2	2	3	3	3	1	4	4	5	1	5	5
108	42	1	1	3	4	3	4	4	5	5	5	4	5	1	4	3	4	2	5	5	5	2	5	5
109	40	1	2	1	4	3	3	4	4	4	3	4	3	3	4	3	4	2	4	3	3	1	5	5
110	51	1	3	1	4	2	4	5	5	4	3	4	3	2	5	3	4	2	5	5	4	2	5	5
111	42	1	2	2	4	1	3	4	3	2	2	2	3	2	2	4	4	2	5	4	4	3	5	5
112	56	1	3	1	5	3	2	4	3	4	3	2	3	2	4	3	2	2	3	3	4	3	4	4
113	45	1	2	1	4	3	4	4	4	4	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	4	3	4	4
114	62	1	3	1	5	2	5	5	5	5	5	5	1	4	5	2	3	1	5	5	5	2	5	5
115	46	1	3	1	2	1	3	3	3	3	1	1	5	3	3	3	3	3	4	4	1	2	5	5
116	39	1	2	2	4	3	4	4	4	4	2	3	3	2	4	2	4	1	5	5	4	1	5	5
117	61	1	3	1	4	3	4	5	5	4	4	4	3	2	5	3	4	1	4	4	2	2	5	5
118	43	1	2	2	4	3	4	4	4	4	2	3	4	2	5	3	4	1	5	5	3	3	5	5
119	48	1	3	1	4	2	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	1	4	4	4	2	4	4
120	43	1	2	2	3	2	3	4	3	3	3	3	4	3	5	2	3	1	5	5	4	1	5	5
121	41	1	2	1	4	3	4	5	5	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4
122	42	1	2	1	5	4	5	5	5	1	4	4	1	1	5	1	5	1	4	4	5	1	5	5
123	40	1	2	1	3	1	2	3	3	2	2	2	4	2	3	3	3	3	2	3	4	4	4	4
124	62	1	3	1	4	3	5	5	5	4	5	5	2	2	4	4	5	2	4	4	3	2	4	4
125	44	1	2	1	3	1	2	4	2	1	2	1	5	1	1	3	1	1	2	2	3	4	2	3
126	44	1	3	1	4	2	3	4	2	3	1	1	3	4	2	3	2	1	2	2	3	3	5	5
127	41	1	2	1	4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4	2	4	4	4	3	5	5
128	43	1	2	1	4	3	4	5	5	4	2	3	3	2	3	3	4	2	5	4	5	1	5	5
129	47	1	3	1	3	1	3	3	4	3	3	4	4	2	4	3	4	2	4	4	4	3	5	5
130	54	1	3	1	4	3	4	4	5	4	4	4	1	1	4	2	5	1	4	4	4	2	5	5
131	41	1	2	1	3	1	3	4	3	3	2	3	5	4	4	4	2	3	4	4	3	3	3	3
132	45	1	2	1	4	3	4	4	5	4	5	4	1	3	3	3	4	2	4	4	4	3	5	5
133	52	1	3	1	5	2	5	5	4	4	4	4	3	1	4	4	4	1	4	4	5	2	5	5
134	54	1	3	1	5	3	5	5	5	5	4	4	3	2	5	3	3	1	5	5	5	3	5	5
135	44	1	2	1	4	3	4	5	5	3	3	4	3	1	5	3	5	1	5	3	3	3	5	5
136	56	1	3	1	3	2	3	4	4	2	3	5	1	5	2	5	4	1	4	4	3	2	5	5
137	55	1	3	1	4	4	4	4	5	4	5	4	1	1	5	2	5	1	5	5	4	2	5	5
138	50	1	2	1	4	3	4	4	5	4	4	4	2	2	5	2	4	1	5	5	5	1	5	5
139	47	1	3	1	4	2	4	5	4	3	3	4	2	1	2	2	3	1	4	4	5	1	4	5
140	47	1	2	1	5	3	5	5	5	5	3	3	5	1	4	4	5	1	5	5	5	1	5	5
141	62	1	3	1	4	3	4	4	4	4	3	3	2	2	5	2	4	1	4	4	3	3	5	5
142	46	1	3	1	4	3	5	5	5	5	4	3	1	1	5	2	5	1	5	5	5	2	5	5
143	41	1	2	1	5	3	4	5	4	4	4	4	1	3	4	3	5	1	5	5	4	4	3	5
144	40	1	2	1	4	2	4	5	4	4	4	4	2	2	4	2	3	3	4	3	4	3	5	5
145	42	1	2	2	3	2	3	5	3	3	3	3	4	3	4	3	4	1	4	4	3	3	4	5
146	63	1	3	1	4	2	4	4	4	3	4	3	2	3	4	3	4	1	4	4	4	3	5	4
147	49	1	3	1	4	4	4	4	5	4	4	4	2	1	5	3	5	2	5	5	4	2	5	5
148	49	1	3	1	4	4	4	4	5	4	4	4	2	1	5	3	5	2	5	5	4	2	5	5
149	49	1	3	1	4	4	4	4	5	4	4	4	2	1	5	3	5	2	5	5	4	2	5	5
150	52	1	3	1	5	2	5	4	5	5	5	5	1	1	5	3	5	2	4	4	5	2	5	5
151	44	1	3	1	4	3	4	5	4	4	4	4	1	1	5	2	4	2	2	2	4	2	4	4

152	40	1	2	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	4	3	4	2	4	4	4	2	4	4
153	52	1	3	1	4	4	4	5	5	4	4	5	3	1	5	2	5	1	5	5	5	1	5	5
154	43	1	2	1	5	3	5	5	3	4	3	2	3	3	1	4	4	1	2	1	4	2	5	5
155	49	1	3	1	4	3	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	4	2	5	5
156	43	1	2	1	5	3	5	5	3	4	3	2	3	3	1	4	4	1	2	1	4	2	5	5
157	42	1	1	3	4	3	4	4	5	5	5	4	5	1	4	3	4	2	5	5	5	2	5	5
158	52	1	3	1	4	3	5	5	5	4	3	3	2	3	5	3	3	1	5	5	4	2	5	5
159	53	1	3	1	4	2	4	5	3	4	3	3	2	2	3	3	3	1	4	4	5	1	5	5
160	42	1	1	3	4	3	4	4	5	5	5	4	5	1	4	3	4	2	5	5	5	2	5	5
161	40	1	2	1	4	3	3	4	4	4	3	4	3	3	4	3	4	2	4	3	3	1	5	5
162	51	1	3	1	4	2	4	5	5	4	3	4	3	2	5	3	4	2	5	5	4	2	5	5
163	42	1	2	2	4	1	3	4	3	2	2	2	3	2	2	4	4	2	5	4	4	3	5	5
164	56	1	3	1	5	3	2	4	3	4	3	2	3	2	4	3	2	2	3	3	4	3	4	4
165	45	1	2	1	4	3	4	4	4	4	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	4	3	4	4
166	62	1	3	1	5	2	5	5	5	5	5	5	1	4	5	2	3	1	5	5	5	2	5	5
167	46	1	3	1	2	1	3	3	3	3	1	1	5	3	3	3	3	3	4	4	1	2	5	5
168	39	1	2	2	4	3	4	4	4	4	2	3	3	2	4	2	4	1	5	5	4	1	5	5
169	61	1	3	1	4	3	4	5	5	4	4	4	3	2	5	3	4	1	4	4	2	2	5	5
170	43	1	2	2	4	3	4	4	4	4	2	3	4	2	5	3	4	1	5	5	3	3	5	5
171	48	1	3	1	4	2	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	1	4	4	4	2	4	4
172	43	1	2	2	3	2	3	4	3	3	3	3	4	3	5	2	3	1	5	5	4	1	5	5
173	41	1	2	1	4	3	4	5	5	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4
174	42	1	2	1	5	4	5	5	5	1	4	4	1	1	5	1	5	1	4	4	5	1	5	5
175	40	1	2	1	3	1	2	3	3	2	2	2	4	2	3	3	3	3	2	3	4	4	4	4
176	62	1	3	1	4	3	5	5	5	4	5	5	2	2	4	4	5	2	4	4	3	2	4	4
177	44	1	2	1	3	1	2	4	2	1	2	1	5	1	1	3	1	1	2	2	3	4	2	3
178	44	1	3	1	4	2	3	4	2	3	1	1	3	4	2	3	2	1	2	2	3	3	5	5
179	41	1	2	1	4	3	3	4	3	4	3	3	4	3	4	4	4	2	4	4	4	3	5	5
180	43	1	2	1	4	3	4	5	5	4	2	3	3	2	3	3	4	2	5	4	5	1	5	5
181	47	1	3	1	3	1	3	3	4	3	3	4	4	2	4	3	4	2	4	4	4	3	5	5
182	54	1	3	1	4	3	4	4	5	4	4	4	1	1	4	2	5	1	4	4	4	2	5	5
183	41	1	2	1	3	1	3	4	3	3	2	3	5	4	4	4	2	3	4	4	3	3	3	3
184	45	1	2	1	4	3	4	4	5	4	5	4	1	3	3	3	4	2	4	4	4	3	5	5
185	52	1	3	1	5	2	5	5	4	4	4	4	3	1	4	4	4	1	4	4	5	2	5	5
186	54	1	3	1	5	3	5	5	5	5	4	4	3	2	5	3	3	1	5	5	5	3	5	5
187	44	1	2	1	4	3	4	5	5	3	3	4	3	1	5	3	5	1	5	3	3	3	5	5
188	56	1	3	1	3	2	3	4	4	2	3	5	1	5	2	5	4	1	4	4	3	2	5	5
189	55	1	3	1	4	4	4	4	5	4	5	4	1	1	5	2	5	1	5	5	4	2	5	5
190	50	1	2	1	4	3	4	4	5	4	4	4	2	2	5	2	4	1	5	5	5	1	5	5
191	47	1	3	1	4	2	4	5	4	3	3	4	2	1	2	2	3	1	4	4	5	1	4	5
192	47	1	2	1	5	3	5	5	5	5	3	3	5	1	4	4	5	1	5	5	5	1	5	5
193	62	1	3	1	4	3	4	4	4	4	3	3	2	2	5	2	4	1	4	4	3	3	5	5
194	46	1	3	1	4	3	5	5	5	5	4	3	1	1	5	2	5	1	5	5	5	2	5	5
195	41	1	2	1	5	3	4	5	4	4	4	4	1	3	4	3	5	1	5	5	4	4	3	5
196	40	1	2	1	4	2	4	5	4	4	4	4	2	2	4	2	3	3	4	3	4	3	5	5
197	42	1	2	2	3	2	3	5	3	3	3	3	4	3	4	3	4	1	4	4	3	3	4	5
198	63	1	3	1	4	2	4	4	4	3	4	3	2	3	4	3	4	1	4	4	4	3	5	4
199	49	1	3	1	4	4	4	4	5	4	4	4	2	1	5	3	5	2	5	5	4	2	5	5
200	49	1	3	1	4	4	4	4	5	4	4	4	2	1	5	3	5	2	5	5	4	2	5	5
201	49	1	3	1	4	4	4	4	5	4	4	4	2	1	5	3	5	2	5	5	4	2	5	5
202	52	1	3	1	5	2	5	4	5	5	5	5	1	1	5	3	5	2	4	4	5	2	5	5
203	44	1	3	1	4	3	4	5	4	4	4	4	1	1	5	2	4	2	2	2	4	2	4	4

204	40	1	2	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	4	3	4	2	4	4	2	4	4	
205	52	1	3	1	4	4	4	5	5	4	4	5	3	1	5	2	5	1	5	5	5	1	5	5
206	43	1	2	1	5	3	5	5	3	4	3	2	3	3	1	4	4	1	2	1	4	2	5	5
207	49	1	3	1	4	3	4	4	4	4	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	4	2	5	5
208	43	1	2	1	5	3	5	5	3	4	3	2	3	3	1	4	4	1	2	1	4	2	5	5
209	43	1	2	1	5	3	5	5	3	4	3	2	3	3	1	4	4	1	2	1	4	2	5	5

Base de datos Barreras

BARRERAS																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
5	4	1	5	2	1	1	3	4	4	3	4	4	4	1	1	1	1	5	2
4	4	4	4	3	2	2	2	3	3	2	4	4	3	2	2	2	2	2	2
4	4	4	5	4	4	1	4	2	4	2	4	4	4	4	2	2	4	2	2
5	4	1	5	2	1	1	3	4	4	3	4	4	4	1	1	1	1	5	2
4	4	3	5	2	2	2	3	3	3	4	4	3	3	3	2	3	4	3	3
4	4	2	4	2	2	2	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2
5	5	1	5	5	1	1	2	1	5	2	5	4	5	5	4	1	1	1	1
4	4	2	5	3	2	1	4	4	4	2	4	4	5	2	5	2	5	2	3
2	5	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	4	5	1	2	2	3	1	3
4	4	1	5	5	2	2	5	4	4	1	4	2	2	1	1	1	1	1	1
1	2	5	5	1	1	4	4	1	4	3	4	5	5	1	1	1	1	1	5
5	4	1	5	4	2	1	5	1	4	1	5	4	5	3	1	1	1	1	1
4	4	2	4	3	2	2	4	4	4	2	4	3	5	5	2	2	2	2	2
2	5	1	5	2	2	1	2	4	5	1	5	2	5	1	1	1	1	1	1
4	4	2	5	2	2	1	2	4	3	2	3	3	4	2	1	1	1	2	2
4	2	4	5	4	2	2	4	4	4	4	4	5	4	4	2	2	2	2	2
4	2	2	4	4	2	2	2	2	4	3	4	4	4	4	2	2	2	2	2
5	5	1	5	3	1	1	1	1	3	1	1	5	5	3	1	1	1	1	1
4	4	3	4	3	2	3	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
4	3	2	4	3	2	4	4	3	2	4	4	2	4	2	2	2	4	2	3
1	2	1	5	2	1	2	1	2	2	4	3	4	4	4	2	2	2	2	1
4	4	2	5	4	2	2	3	2	3	2	4	5	5	5	3	2	1	1	1
5	5	1	5	5	2	3	4	2	5	3	4	3	4	3	3	3	3	2	4
3	4	2	4	3	2	2	2	2	2	2	4	3	3	2	2	3	2	2	3
5	2	2	5	4	2	2	3	4	4	3	4	3	4	2	2	2	2	2	3
4	3	2	4	3	2	2	4	3	2	3	4	4	4	3	1	2	3	2	2
1	3	1	5	5	1	1	3	1	3	3	3	5	3	3	1	1	1	1	1
4	2	2	4	3	2	2	3	4	4	4	4	3	4	3	2	2	2	2	3
2	1	1	5	5	1	1	2	1	4	4	5	5	5	5	1	1	1	1	3
5	2	3	5	5	2	2	4	2	4	2	4	4	4	3	1	2	2	2	2
5	5	2	5	4	2	4	3	2	4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	4
1	2	2	5	2	1	1	4	4	3	2	4	4	4	4	2	2	2	2	2
2	2	1	5	2	2	2	4	4	4	2	4	3	1	2	1	1	1	2	1
5	1	1	5	4	1	1	4	3	5	1	5	2	5	3	1	2	4	2	1
2	2	3	2	2	2	2	4	2	4	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2
5	5	1	5	5	2	1	3	4	5	1	5	4	4	4	1	2	1	1	1
5	3	2	5	2	2	2	4	2	3	2	4	4	4	4	2	2	2	1	1
4	4	3	5	2	2	2	4	3	1	2	4	3	3	2	1	1	1	1	2
5	4	1	5	5	1	2	3	2	2	1	5	3	4	4	1	1	1	1	1
3	4	2	4	3	2	2	4	4	3	2	3	4	4	3	3	4	2	2	1
4	4	3	4	4	3	2	2	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	2	4
4	4	2	4	4	2	2	3	2	4	2	4	4	2	2	2	2	4	2	2
5	5	2	5	2	2	1	2	4	3	2	4	5	4	1	2	1	2	1	1
5	5	2	5	2	2	1	2	4	3	2	4	5	4	1	2	1	2	1	1
5	5	2	5	2	2	1	2	4	3	2	4	5	4	1	2	1	2	1	1
5	5	2	4	4	2	2	4	2	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2	2
5	5	2	5	2	1	1	4	1	2	1	5	4	5	2	1	1	1	1	2
4	4	2	4	4	2	4	2	3	4	2	4	4	4	2	2	2	2	2	2
4	2	4	4	4	2	2	4	3	4	3	2	4	3	3	2	2	2	2	2
5	4	2	5	2	1	1	2	1	4	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2

4	2	2	4	4	2	2	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2
5	4	2	5	2	1	1	2	1	4	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2
5	4	1	5	2	1	1	3	4	4	3	4	4	4	1	1	1	1	5	2
4	4	4	4	3	2	2	2	3	3	2	4	4	3	2	2	2	2	2	2
4	4	4	5	4	4	1	4	2	4	2	4	4	4	4	2	2	4	2	2
5	4	1	5	2	1	1	3	4	4	3	4	4	4	1	1	1	1	5	2
4	4	3	5	2	2	2	3	3	3	4	4	3	3	3	2	3	4	3	3
4	4	2	4	2	2	2	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2
5	5	1	5	5	1	1	2	1	5	2	5	4	5	5	4	1	1	1	1
4	4	2	5	3	2	1	4	4	4	2	4	4	5	2	5	2	5	2	3
2	5	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	4	5	1	2	2	3	1	3
4	4	1	5	5	2	2	5	4	4	1	4	2	2	1	1	1	1	1	1
1	2	5	5	1	1	4	4	1	4	3	4	5	5	1	1	1	1	1	5
5	4	1	5	4	2	1	5	1	4	1	5	4	5	3	1	1	1	1	1
4	4	2	4	3	2	2	4	4	4	2	4	3	5	5	2	2	2	2	2
2	5	1	5	2	2	1	2	4	5	1	5	2	5	1	1	1	1	1	1
4	4	2	5	2	2	1	2	4	3	2	3	3	4	2	1	1	1	2	2
4	2	4	5	4	2	2	4	4	4	4	4	5	4	4	2	2	2	2	2
4	2	2	4	4	2	2	2	2	4	3	4	4	4	4	2	2	2	2	2
5	5	1	5	3	1	1	1	1	3	1	1	5	5	3	1	1	1	1	1
4	4	3	4	3	2	3	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
4	3	2	4	3	2	4	4	3	2	4	4	2	4	2	2	2	4	2	3
1	2	1	5	2	1	2	1	2	2	4	3	4	4	2	2	2	2	1	1
4	4	2	5	4	2	2	3	2	3	2	4	5	5	5	3	2	1	1	1
5	5	1	5	5	2	3	4	2	5	3	4	3	4	3	3	3	3	2	4
3	4	2	4	3	2	2	2	2	2	2	4	3	3	2	2	3	2	2	3
5	2	2	5	4	2	2	3	4	4	3	4	3	4	2	2	2	2	2	3
4	3	2	4	3	2	2	4	3	2	3	4	4	4	3	1	2	3	2	2
1	3	1	5	5	1	1	3	1	3	3	3	5	3	3	1	1	1	1	1
4	2	2	4	3	2	2	3	4	4	4	4	3	4	3	2	2	2	2	3
2	1	1	5	5	1	1	2	1	4	4	5	5	5	5	1	1	1	1	3
5	2	3	5	5	2	2	4	2	4	2	4	4	4	3	1	2	2	2	2
5	5	2	5	4	2	4	3	2	4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	4
1	2	2	5	2	1	1	4	4	3	2	4	4	4	4	2	2	2	2	2
2	2	1	5	2	2	2	4	4	4	2	4	3	1	2	1	1	1	2	1
5	1	1	5	4	1	1	4	3	5	1	5	2	5	3	1	2	4	2	1
2	2	3	2	2	2	2	4	2	4	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2
5	5	1	5	5	2	1	3	4	5	1	5	4	4	4	1	2	1	1	1
5	3	2	5	2	2	2	4	2	3	2	4	4	4	4	2	2	2	1	1
4	4	3	5	2	2	2	4	3	1	2	4	3	3	2	1	1	1	1	2
5	4	1	5	5	1	2	3	2	2	1	5	3	4	4	1	1	1	1	1
3	4	2	4	3	2	2	4	4	3	2	3	4	4	3	3	4	2	2	1
4	4	3	4	4	3	2	2	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	2	4
4	4	2	4	4	2	2	3	2	4	2	4	4	2	2	2	2	4	2	2
5	5	2	5	2	2	1	2	4	3	2	4	5	4	1	2	1	2	1	1
5	5	2	5	2	2	1	2	4	3	2	4	5	4	1	2	1	2	1	1
5	5	2	5	2	2	1	2	4	3	2	4	5	4	1	2	1	2	1	1
5	5	2	4	4	2	2	4	2	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2	2
5	5	2	5	2	1	1	4	1	2	1	5	4	5	2	1	1	1	1	2
4	4	2	4	4	2	4	2	3	4	2	4	4	4	2	2	2	2	2	2
4	2	4	4	4	2	2	4	3	4	3	2	4	3	3	2	2	2	2	2
5	4	2	5	2	1	1	2	1	4	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2
4	2	2	4	4	2	2	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2
5	4	2	5	2	1	1	2	1	4	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2
5	4	1	5	2	1	1	3	4	4	3	4	4	4	1	1	1	1	5	2
4	4	4	4	3	2	2	2	3	3	2	4	4	3	2	2	2	2	2	2
4	4	4	5	4	4	1	4	2	4	2	4	4	4	4	2	2	4	2	2
5	4	1	5	2	1	1	3	4	4	3	4	4	4	1	1	1	1	5	2
4	4	3	5	2	2	2	3	3	3	4	4	3	3	3	2	3	4	3	3
4	4	2	4	2	2	2	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2
5	5	1	5	5	1	1	2	1	5	2	5	4	5	5	4	1	1	1	1
4	4	2	5	3	2	1	4	4	4	2	4	4	5	2	5	2	5	2	3
2	5	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	4	5	1	2	2	3	1	3
4	4	1	5	5	2	2	5	4	4	1	4	2	2	1	1	1	1	1	1

1	2	5	5	1	1	4	4	1	4	3	4	5	5	1	1	1	1	1	5
5	4	1	5	4	2	1	5	1	4	1	5	4	5	3	1	1	1	1	1
4	4	2	4	3	2	2	4	4	4	2	4	3	5	5	2	2	2	2	2
2	5	1	5	2	2	1	2	4	5	1	5	2	5	1	1	1	1	1	1
4	4	2	5	2	2	1	2	4	3	2	3	3	4	2	1	1	1	2	2
4	2	4	5	4	2	2	4	4	4	4	4	5	4	4	2	2	2	2	2
4	2	2	4	4	2	2	2	2	4	3	4	4	4	4	2	2	2	2	2
5	5	1	5	3	1	1	1	1	3	1	1	5	5	3	1	1	1	1	1
4	4	3	4	3	2	3	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
4	3	2	4	3	2	4	4	3	2	4	4	2	4	2	2	2	4	2	3
1	2	1	5	2	1	2	1	2	2	4	3	4	4	2	2	2	2	1	1
4	4	2	5	4	2	2	3	2	3	2	4	5	5	5	3	2	1	1	1
5	5	1	5	5	2	3	4	2	5	3	4	3	4	3	3	3	3	2	4
3	4	2	4	3	2	2	2	2	2	2	4	3	3	2	2	3	2	2	3
5	2	2	5	4	2	2	3	4	4	3	4	3	4	2	2	2	2	2	3
4	3	2	4	3	2	2	4	3	2	3	4	4	4	3	1	2	3	2	2
1	3	1	5	5	1	1	3	1	3	3	3	5	3	3	1	1	1	1	1
4	2	2	4	3	2	2	3	4	4	4	4	3	4	3	2	2	2	2	3
2	1	1	5	5	1	1	2	1	4	4	5	5	5	5	1	1	1	1	3
5	2	3	5	5	2	2	4	2	4	2	4	4	4	3	1	2	2	2	2
5	5	2	5	4	2	4	3	2	4	4	4	4	4	4	3	2	2	2	4
1	2	2	5	2	1	1	4	4	3	2	4	4	4	4	2	2	2	2	2
2	2	1	5	2	2	2	4	4	4	2	4	3	1	2	1	1	1	2	1
5	1	1	5	4	1	1	4	3	5	1	5	2	5	3	1	2	4	2	1
2	2	3	2	2	2	2	4	2	4	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2
5	5	1	5	5	2	1	3	4	5	1	5	4	4	4	1	2	1	1	1
5	3	2	5	2	2	2	4	2	3	2	4	4	4	4	2	2	2	1	1
4	4	3	5	2	2	2	4	3	1	2	4	3	3	2	1	1	1	1	2
5	4	1	5	5	1	2	3	2	2	1	5	3	4	4	1	1	1	1	1
3	4	2	4	3	2	2	4	4	3	2	3	4	4	3	3	4	2	2	1
4	4	3	4	4	3	2	2	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	2	4
4	4	2	4	4	2	2	3	2	4	2	4	4	2	2	2	2	4	2	2
5	5	2	5	2	2	1	2	4	3	2	4	5	4	1	2	1	2	1	1
5	5	2	5	2	2	1	2	4	3	2	4	5	4	1	2	1	2	1	1
5	5	2	4	4	2	2	4	2	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2	2
5	5	2	5	2	1	1	4	1	2	1	5	4	5	2	1	1	1	1	2
4	4	2	4	4	2	4	2	3	4	2	4	4	4	2	2	2	2	2	2
4	2	4	4	4	2	2	4	3	4	3	2	4	3	3	2	2	2	2	2
5	4	2	5	2	1	1	2	1	4	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2
4	2	2	4	4	2	2	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2
5	4	2	5	2	1	1	2	1	4	1	1	2	1	1	3	1	1	1	2
5	4	1	5	2	1	1	3	4	4	3	4	4	4	1	1	1	1	5	2
4	4	4	4	3	2	2	2	3	3	2	4	4	3	2	2	2	2	2	2
4	4	4	5	4	4	1	4	2	4	2	4	4	4	4	2	2	4	2	2
5	4	1	5	2	1	1	3	4	4	3	4	4	4	1	1	1	1	5	2
4	4	3	5	2	2	2	3	3	3	4	4	3	3	3	2	3	4	3	3
4	4	2	4	2	2	2	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	2	2	2
5	5	1	5	5	1	1	2	1	5	2	5	4	5	5	4	1	1	1	1
4	4	2	5	3	2	1	4	4	4	2	4	4	5	2	5	2	5	2	3
2	5	2	4	2	2	2	4	2	4	2	4	4	5	1	2	2	3	1	3
4	4	1	5	5	2	2	5	4	4	1	4	2	2	1	1	1	1	1	1
1	2	5	5	1	1	4	4	1	4	3	4	5	5	1	1	1	1	1	5
5	4	1	5	4	2	1	5	1	4	1	5	4	5	3	1	1	1	1	1
4	4	2	4	3	2	2	4	4	4	2	4	3	5	5	2	2	2	2	2
2	5	1	5	2	2	1	2	4	5	1	5	2	5	1	1	1	1	1	1
4	4	2	5	2	2	1	2	4	3	2	3	3	4	2	1	1	1	2	2
4	2	4	5	4	2	2	4	4	4	4	4	5	4	4	2	2	2	2	2
4	2	2	4	4	2	2	2	2	4	3	4	4	4	4	2	2	2	2	2
5	5	1	5	3	1	1	1	1	3	1	1	5	5	3	1	1	1	1	1
4	4	3	4	3	2	3	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
4	3	2	4	3	2	4	4	3	2	4	4	2	4	2	2	2	4	2	3
1	2	1	5	2	1	2	1	2	2	4	3	4	4	2	2	2	2	1	1
4	4	2	5	4	2	2	3	2	3	2	4	5	5	5	3	2	1	1	1

5	5	1	5	5	2	3	4	2	5	3	4	3	4	3	3	3	3	2	4
3	4	2	4	3	2	2	2	2	2	2	4	3	3	2	2	3	2	2	3
5	2	2	5	4	2	2	3	4	4	3	4	3	4	2	2	2	2	3	
4	3	2	4	3	2	2	4	3	2	3	4	4	4	3	1	2	3	2	
1	3	1	5	5	1	1	3	1	3	3	3	5	3	3	1	1	1	1	
4	2	2	4	3	2	2	3	4	4	4	4	3	4	3	2	2	2	3	
2	1	1	5	5	1	1	2	1	4	4	4	5	5	5	5	1	1	3	
5	2	3	5	5	2	2	4	2	4	2	4	4	4	3	1	2	2	2	
5	5	2	5	4	2	4	3	2	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	
1	2	2	5	2	1	1	4	4	3	2	4	4	4	4	2	2	2	2	
2	2	1	5	2	2	2	4	4	4	2	4	3	1	2	1	1	1	2	
5	1	1	5	4	1	1	4	3	5	1	5	2	5	3	1	2	4	2	
2	2	3	2	2	2	2	4	2	4	2	2	3	3	2	2	2	2	2	
5	5	1	5	5	2	1	3	4	5	1	5	4	4	4	1	2	1	1	
5	3	2	5	2	2	2	4	2	3	2	4	4	4	4	2	2	2	1	
4	4	3	5	2	2	2	4	3	1	2	4	3	3	2	1	1	1	2	
5	4	1	5	5	1	2	3	2	2	1	5	3	4	4	1	1	1	1	
3	4	2	4	3	2	2	4	4	3	2	3	4	4	3	3	4	2	2	
4	4	3	4	4	3	2	2	4	4	3	4	4	3	3	3	3	4	4	
4	4	2	4	4	2	2	3	2	4	2	4	4	2	2	2	2	4	2	
5	5	2	5	2	2	1	2	4	3	2	4	5	4	1	2	1	2	1	
5	5	2	5	2	2	1	2	4	3	2	4	5	4	1	2	1	2	1	
5	5	2	4	4	2	2	4	2	2	2	2	4	4	4	2	2	2	2	
5	5	2	5	2	1	1	4	1	2	1	5	4	5	2	1	1	1	2	
4	4	2	4	4	2	4	2	3	4	2	4	4	4	2	2	2	2	2	
4	2	4	4	4	2	2	4	3	4	3	2	4	3	3	2	2	2	2	
5	4	2	5	2	1	1	2	1	4	1	1	2	1	1	3	1	1	2	
4	2	2	4	4	2	2	2	2	4	2	4	2	4	2	2	2	2	2	
5	4	2	5	2	1	1	2	1	4	1	1	2	1	1	3	1	1	2	

Apéndice F

Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es Cultura de seguridad del paciente y barreras en la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020”. El objetivo general de este estudio es determinar la influencia de la cultura de seguridad del paciente en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020. Este trabajo de investigación está siendo realizado por la Lic. Sandra Alicia Gómez López, bajo la asesoría de la Dra. Josefa Vásquez Cevallos. El llenado del cuestionario tiene un tiempo de duración de 10 minutos. La información que brinde a través de los cuestionarios será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Tengo conocimiento que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con esta investigación y que los datos vertidos en esta investigación se mantendrán en absoluta reserva y anonimato.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria, y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre completo:

Firma del participante:

DNI: ...

Fecha:

Apéndice G

Matriz de consistencia

Título del proyecto: Cultura de seguridad del paciente y barreras en la notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020

Problema general/problemas específicos	Objetivo general/específicos	Justificación	Esquema del Marco teórico + (Antecedentes)
<p>Problema general: ¿Cómo influye la cultura de seguridad del paciente en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cómo influye la seguridad en el área de trabajo en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020?</p> <p>¿Cómo influye la seguridad brindada por la dirección en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020?</p> <p>¿Cómo influye la seguridad desde la comunicación en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020?</p> <p>¿Cómo influye los sucesos notificados en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020?</p> <p>¿Cómo influye la seguridad desde la atención primaria en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la influencia de la cultura de seguridad del paciente en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.</p> <p>Objetivos específicos: Determinar la influencia de la seguridad en el área de trabajo en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.</p> <p>Determinar la influencia de la seguridad brindada por la dirección en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.</p> <p>Determinar la influencia de la seguridad desde la comunicación en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.</p> <p>Determinar la influencia de los sucesos notificados en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.</p> <p>Determinar la influencia de la seguridad desde la atención primaria en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020</p>	<p>Teórica El estudio se fundamenta en la seguridad del paciente, el nuevo paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud, frente al incremento de los eventos adversos, que impone la necesidad de implementar sistemas de notificación de eventos, para lograr un oportuno y efectivo reporte de los mismos, ya que la detección de éstos ayudará a mejorar el sistema de atención sanitaria, minimizando los riesgos y las consecuencias en la salud de los usuarios.</p> <p>Metodológica Los resultados permitirán a la institución identificar cuáles son las barreras infra notificación de los incidentes, eventos adversos y su repercusión en la cultura de seguridad de los trabajadores, con la finalidad definir acciones de mejora continua como beneficio en los procesos de seguridad del paciente; así mismo nos permiten medir periódicamente la efectividad de la implementación de un sistema de notificación. Los instrumentos utilizados en el proceso de recolección de datos, debidamente validados serán referentes para futuras investigaciones.</p> <p>Práctica y social. La presente investigación se pretende lograr un beneficio a la institución a partir de mejorar la cultura de seguridad con la finalidad de minimizar los riesgos durante las atenciones brindadas</p>	<p>Cultura de seguridad del paciente. -Definición. -Dimensiones. -Seguridad en el área de trabajo. -Seguridad brindada por la dirección. -Seguridad desde la comunicación. -Sucesos notificados. -Seguridad desde la atención.</p> <p>Barreras asociadas a la notificación de incidentes y eventos adversos. -Definición -Incidentes -Eventos adversos -Barreras organizativas -Barreras actitudinales -Barreras cognoscitivas -Teoría del error de Reason. -Pirámide de Heinrich</p>

Hipótesis	Identificación de variables	Tipo de estudio/diseño	Área de estudio
<p>Hipótesis general. Ha: La cultura de seguridad del paciente influye significativamente en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.</p> <p>Ho: La cultura de seguridad del paciente no influye significativamente en las barreras de notificación de eventos adversos en los profesionales de enfermería del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú, 2020.</p>	<p>Variable independiente: Cultura de seguridad del paciente</p> <p>Variable dependiente: Barreras de notificación de eventos adversos</p> <p>Unidades de análisis: Las enfermeras</p> <p>Otras variables: Edad de las enfermeras, género, tiempo de servicios, condición laboral, tiempo de trabajo en ese servicio.</p>	<p>Enfoque: cuantitativo.</p> <p>Nivel: básica porque busca incrementar el conocimiento sobre las variables en el campo de un servicio de salud, no propone modificación en métodos ni modelo alguno.</p> <p>Tipo: -Según el alcance de los resultados, es descriptiva-correlacional. -Según el número de mediciones a realizar en el tiempo, es Transversal. -Según el tiempo de ocurrencia de los hechos es prospectiva.</p> <p>Diseño: no experimental u observacional.</p>	<p>El Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú es una Institución Prestadora de Servicios de Salud Nivel III y fue inaugurado el 4 de julio de 1956 en virtud de la Resolución Suprema N°153 de fecha 12 de marzo de 1952, durante la gestión ministerial del Vicealmirante Roque A. Saldías Maninat.</p> <p>El Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú brinda Atención Integral de Salud de calidad al Personal Naval en actividad, con la finalidad de mantenerlo psicofísicamente apto para el Servicio; así como al Personal Naval en retiro y familiares con derecho, contribuyendo al cumplimiento de los objetivos institucionales en el área de la salud.</p>

Población y muestra	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	Plan de recolección de datos	Plan de análisis de los datos
<p>Tamaño de la población (N) La población de estudio estará conformada por 455 profesionales de enfermería de los diferentes Departamentos y Servicios del CMN “Cirujano Mayor Santiago Távara”, del Callao.</p> <p>Muestra. De acuerdo al muestreo probabilístico, la muestra quedó conformada por 209 profesionales de enfermería.</p> <p>Criterios de inclusión y exclusión. <i>Criterios de inclusión.</i> - Enfermeras profesionales de los diferentes departamentos y servicios del Centro Médico Naval de la Marina de Guerra del Perú <i>Criterios de exclusión.</i> - Personal de salud que no aceptaron participar en el estudio.</p> <p>El criterio de determinación del tamaño de la muestra fue por conveniencia para el estudio.</p>	<p>Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente Autor: Medical Office Survery on Patient Safety Culture (MOSPS) Año: 2017 Lugar: Perú Contenido: 20 ítems Dimensiones: Área de trabajo, dirección, comunicación, sucesos notificados y atención primaria Escala: Likert (1: Nunca, 2: Casi nunca 3: A veces, 4: Casi siempre, 5: Siempre Validez: Juicio de expertos Confiabilidad: Alfa de Cronbach $\alpha=0.860$</p> <p>Cuestionario Barreras de notificación de eventos adversos Autor: Rosas & Zárate Año: 2017 Lugar: México Contenido: 20 ítems Dimensiones: Barreras organizativas, Barreras actitudinales y Barreras cognoscitivas Escala: Likert (1: Muy en desacuerdo, 2: En desacuerdo, 3: Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4: De acuerdo, 5: Muy de acuerdo) Validez: Juicio de expertos Confiabilidad: Alfa de Cronbach $\alpha=0.817$</p>	<p>El proyecto de investigación se desarrolla desde el mes de marzo de 2019, se presenta para su revisión en el mes de noviembre del 2020 y se culminará el informe final en febrero del 2021.</p>	<p>Los datos obtenidos serán ordenados en una matriz de Excel previa codificación, para realizar luego los procedimientos de análisis.</p> <p>Para el análisis descriptivo e inferencial de los resultados, se contará con el Programa SPSS versión 24,0, sobre estadística para estudios en ciencias sociales, se hará uso de la estadística descriptiva, presentando los resultados en tablas de frecuencia y figuras. Para la contrastación de hipótesis se utilizará un coeficiente de correlación.</p>

Apéndice H

Autorización institucional



Una Institución Administrativa

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

UPG CIENCIAS DE LA SALUD

Lima, 02 de noviembre de 2020

Capitán de Navío SN(MC)
SERGIO MOLINA ESPEJO
 Director
 Centro Médico Naval " Cirujano Mayor Santiago Tavará"
 Presente

MINISTERIO DE DEFENSA
 MARINA DE GUERRA DEL PERÚ
 DIRECCIÓN DEL CENTRO
 Médico Naval

02 NOV 2020

RECIBIDO
 17:05
 02/11/2020
 10:11:11

ATENCIÓN: Mg. Patricia Obando Castro; Departamento de Enfermería del hospital.

Estimado MC Molina:

Reciba un cordial saludo a nombre de la Unidad de Ciencias de Salud de la Escuela de Posgrado y el sincero deseo de mucho éxito en su importante labor que viene desempeñando.

En esta oportunidad, presento a la licenciada, **SANDRA ALICIA GÓMEZ LÓPEZ**, tesista de la Maestría en Enfermería con Mención en Administración y Gestión, quien desarrollará el trabajo de investigación conducente a la obtención del grado de magister, proyecto titulado: **"CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y BARRERAS EN LA NOTIFICACIÓN DE LOS EVENTOS ADVERSOS EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO MÉDICO NAVAL" CMST", 2020**.

Solicitamos el apoyo y facilidades correspondientes, para la aplicación de dicho proyecto de investigación el mismo que contribuirá a la búsqueda de soluciones frente a la problemática de salud que viene afrontando nuestro país, así mismo resaltar que el proyecto cuenta con la aprobación institucional según normativa vigente.

Segura de contar con su gentil apoyo que contribuirá al perfeccionamiento profesional de nuestra estudiante, la misma que redundará en su desempeño, hago propicia la oportunidad para expresar nuestra especial estima y consideración.

Atentamente,



M. Anita
 Dra. Maria Teresa Cabanillas Chávez
 DIRECCIÓN



M. Nira
 Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales
 DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Apéndice I

Carta de presentación del docente-asesor



PERÚ

Ministerio
de DefensaMarina de Guerra
del PerúDirección del Centro
Médico Naval "CMST"

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"

Bellavista, 27 NOV 2020

Oficio Nº 8045⁵⁴

Señora
Magister Nira Hermima CUPITA Gonzales
Directora de Investigación de la Universidad Peruana Unión
Lima.-

Asunto: Aprobación de Proyecto de Tesis

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Para expresarle mi cordial saludo y en relación a su Carta S/N de fecha 02 de noviembre del 2020, informarle que el Proyecto de Investigación titulado: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y BARRERAS EN LA NOTIFICACIÓN DE EVENTOS ADVERSOS EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL CENTRO MEDICO NAVAL "CMST", 2020", realizado por la Licencianda en Enfermería Sandra Alicia Gómez López, ha sido aprobado por el Presidente del Comité de Ética y el Jefe de la división de Investigación de este Centro Médico Naval "CMST".

Hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi mayor consideración y deferente estima.



Atentamente

Capitán de Navío SN. (MC)
Sergio MOLINA Espejo

Director del Centro Médico Naval
"Cirujano Mayor Santiago Távara"