



FACULTAD DE TECNOLOGÍA MÉDICA

CULTURA DE SEGURIDAD Y TOMA DE DECISIONES EN EL SERVICIO DE RADIOLOGÍA DE LA CLÍNICA DR. LUIS QUITO – 2019

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: SALUD PÚBLICA

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN
TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA ESPECIALIDAD DE RADIOLOGÍA

AUTOR:

SÁNCHEZ BEDÓN CÉSAR JUSTO

ASESORA:

CASTRO ROJAS MIRIAM CORINA

JURADO:

SALDAÑA JUAREZ JACOBO EZEQUIEL

VILLENA JAUREGUI FREDY WILSON

BOBADILLA MINAYA DAVID ELIAS

LIMA - PERÚ

2021

Dedicatoria

A mis padres Justo Sánchez Leguía y Juana Magdalena Bedón Támara, quienes con amor y apoyo permanente; vital para culminar este reto, y ser un profesional. Gracias por compartir conmigo tristezas, alegrías, éxitos y fracasos, gracias por hacer de mí la persona que soy, sin ustedes, nada hubiera sido posible nunca...

Agradecimientos

Quiero brindar mi sincero agradecimiento a las personas que fueron parte del proceso de realización de este trabajo de investigación. A la dirección y al personal del Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito. A mi asesora, la Dra. Miriam Corina Castro Rojas, por compartir su conocimiento y orientación; y a los docentes miembros del jurado, por sus valiosas recomendaciones en la elaboración de la tesis.

¡Gracias!

INDICE

Resumen.....	7
Abstract.....	8
I. Introducción.....	9
1.1. Descripción y Formulación del Problema.....	10
1.2. Antecedentes.....	14
1.3. Objetivos.....	19
- Objetivos generales.....	19
- Objetivos específicos.....	19
1.4. Justificación.....	20
1.5. Hipótesis.....	21
II. Marco Teórico.....	23
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación.....	23
III. Método	33
3.1. Tipo de Investigación.....	33
3.2. Ámbito Temporal y Espacial	34
3.3. Variables	34
3.4. Población y Muestra.....	36
3.5. Instrumentos.....	36
3.6. Procedimientos.....	39
3.7. Análisis de Datos	39
3.8. Consideraciones Éticas.....	40
IV. Resultados	41
V. Discusión de Resultados	54
VI. Conclusiones	59
VII. Recomendaciones.....	60
VIII. Referencias.....	61
IX. Anexos	68

Índice de Tablas

	Págs.
Tabla 1. Operacionalización de las Variables.....	35
Tabla 2. Niveles de la cultura de seguridad del paciente.....	37
Tabla 3. Niveles de la toma de decisiones.....	38
Tabla 4. Coeficiente de correlación Rho de Spearman.....	40
Tabla 5. Niveles de la cultura de seguridad en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito.....	41
Tabla 6. Niveles de la seguridad en el área de trabajo en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito.....	42
Tabla 7. Niveles de la seguridad brindada por la dirección en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito.....	43
Tabla 8. Niveles de la seguridad desde la comunicación en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito.....	44
Tabla 9. Niveles de la frecuencia de sucesos notificados en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito.....	45
Tabla 10. Niveles de la seguridad en la Clínica Dr. Luis Quito.....	46
Tabla 11. Niveles de la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito.....	47
Tabla 12. Relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito.....	48
Tabla 13. Relación entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito.....	49
Tabla 14. Relación entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito.....	50
Tabla 15. Relación entre la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito.....	51
Tabla 16. Relación entre la frecuencia de sucesos notificados y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito.....	52
Tabla 17. Relación entre la seguridad a nivel de la clínica y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito.....	53

Índice de Figuras

	Págs.
Figura 1. Nivel de madurez de una organización con respecto a la seguridad	26
Figura 2. Investigación correlacional.....	33
Figura 3. Niveles cultura de seguridad en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito	41
Figura 4. Niveles de la seguridad en el área de trabajo en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito.....	42
Figura 5. . Niveles de la seguridad brindada por la dirección en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito.....	43
Figura 6. Niveles de la seguridad desde la comunicación en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito.....	44
Figura 7. Niveles de la frecuencia de sucesos notificados en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito.....	45
Figura 8. Niveles de la seguridad en la Clínica Dr. Luis Quito	46
Figura 9. Niveles de la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito	47

Resumen

La cultura de la seguridad es un conjunto de valores, actitudes, percepciones y patrones de conducta de los individuos de una organización. Por ello, es esencial para generar una disminución y recurrencia de incidentes. El presente estudio tuvo por objetivo determinar la relación de la cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019. La investigación es de tipo básica y el nivel es correlacional de corte transversal. La población que se abordó fue de 28 tecnólogos médicos. Los instrumentos empleados fueron el cuestionario de cultura de la seguridad en el paciente y el cuestionario Melbourne sobre toma de decisiones. Con base en los hallazgos se pudo determinar el predominio del nivel alto (82.14%) y del nivel medio (17.86%). Respecto a la variable toma de decisiones, predominó el nivel alto (85.71%) y del nivel medio (14.29%). Se pudo determinar la existencia de una relación positiva moderada entre la variable cultura de la seguridad en los pacientes y la toma de decisiones (valor $p < 0.005$ $\rho = 0.45$). Se concluyó que existe una relación positiva moderada entre la cultura de la seguridad del paciente con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Palabras clave: Cultura de la seguridad del paciente, toma de decisiones, servicio de radiología

Abstract

The safety culture is a set of values, attitudes, perceptions and behavior patterns of the individuals in the organization. Therefore, it is essential to generate a decrease and recurrence of incidents. The objective of this study was to determine the relationship between the culture of patient safety and decision-making in the Radiology Service at the Dr. Quito Clinic, Grau Campus, in 2019. The research was basic and the level is cross-sectional correlational. The population addressed was 28 medical technologists. The instruments used were the questionnaire on the culture of patient safety and the Melbourne questionnaire on decision-making. Based on the findings, the prevalence of the high level (82.14%) followed by the medium level (17.86%) could be determined. Regarding the decision-making variable, the high level (85.71%) followed, followed by the medium level (14.29%). It was possible to determine the existence of a moderate positive relationship between the variable culture of patient safety and decision-making (valor $p \leq 0.005$; $\rho \geq 0.5$). It was concluded that there is a moderate positive relationship between the culture of patient safety with decision-making in the Radiology Service of the Dr. Quito Clinic, Grau Office, in 2019.

Key words: Culture of patient safety, decision making, radiology service

I. Introducción

La cultura de la seguridad del paciente se asocia con las actitudes y creencias que asumen los individuos en su práctica con el fin de asegurar que no se sufrirá daño potencial o innecesario en el proceso de atención en salud (Gómez *et al.*, 2011). Es uno de los retos de los sistemas de salud. Por ello, se busca promover la cultura de la seguridad del paciente en el servicio radiológico. A medida que se incrementa la demanda y se introducen nuevas tecnologías crece la necesidad de reducir el riesgo radiológico, ya sea por factores humanos u organizacionales (Rubén, 2015).

En la actualidad, los profesionales deben tener la capacidad de adaptarse a los cambios constantes en los sistemas sanitarios. En ese sentido, tanto la cultura de la seguridad del paciente como la toma de decisiones se enmarcan en la gestión de la calidad de atención en los servicios radiológicos.

Con respecto al caso específico, el 30 de marzo del año 2019, la Municipalidad de La Victoria clausuró por un mes a la Clínica Dr. Quito, Sede Grau. Los funcionarios ediles afirmaron que la clínica no contaba con el certificado de inspección técnica otorgado por Defensa Civil. Esta situación era potencialmente riesgosa a la integridad física de los pacientes (RPP, 2019). En ese sentido, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Con los resultados se recomendarán posibles acciones para abordar esta problemática. De esta forma, se mejorará la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Luis Quito – Sede Grau.

1.1. Descripción y Formulación del Problema

1.1.1. Descripción del problema

La falta de seguridad del paciente es un problema que afecta a los países a nivel mundial. La Organización Mundial de Salud estima que cada año son decenas de millones de pacientes que mueren o sufren de lesiones incapacitantes debido a la atención insegura o al error humano. El estudio reveló que uno de cada 10 pacientes es afectado con algún daño al recibir atención. También se mencionó el desconocimiento de la realidad de la atención segura en contextos diferentes del ámbito hospitalario, como es el caso de las clínicas particulares. Además, el impacto económico generado por la atención insegura generó cuantiosas pérdidas (Merino, 2012). En ese sentido, es indispensable la cultura de la seguridad del paciente para disminuir los riesgos en el proceso de atención.

De acuerdo a De Gracia (2016), la asistencia sanitaria depende en gran parte del laboratorio que es indispensable para el diagnóstico y recomendaciones terapéuticas. Se estima que entre un 60 a 70% de las decisiones medicas diarias tienen como base los resultados de los laboratorios. En consecuencia, los errores detectados en los laboratorios suceden en las fases pre y post analíticas de las pruebas.

Además, debido al uso de la radiación ionizante para la obtención de la imagen, los servicios radiológicos son los pioneros del desarrollo de las medidas de seguridad. Esto se debe a la necesidad de establecer un sistema de gestión de riesgos (Andrés *et al.*, 2008, p. 325). Sin embargo, suelen suceder eventos adversos y riesgos radiológicos. Estos pueden estar asociados a: la infrautilización, cuando no se lleva a cabo una prueba que ha sido indicada; y la sobreutilización, esta consistente en llevar a cabo una prueba no indicada. Cabe agregar que el riesgo de error en la identificación, está presente en todas las fases del proceso radiológico (Andrés *et al.*, 2008, p. 325).

Existen diferentes estudios epidemiológicos a nivel mundial, que revelan que los eventos adversos y errores asociados con la atención sanitaria son evitables entre el 27.6 % y el 50% (Merino, 2012). Por otra parte, estudios llevados a cabo en el Reino Unido indicaron que aproximadamente un 0.6% de los cánceres son a causa de la radiación diagnóstica, en Japón, el 3%, y en Alemania el 1.2% (Andrés *et al.*, 2008, p. 325). En el caso de España, el error diagnóstico constituye el tipo más frecuente (entre 3.5% y 4%), donde el más común es por la inadecuada percepción de las normas. Además, se han identificado diferentes causas para el error diagnóstico como: imagen con técnica deficiente, falta de conocimiento, falta de comunicación entre profesionales, escasa información clínica, etc. (Andrés *et al.*, 2008).

También, existen antecedentes de accidentes graves con fuentes de radiación ionizante en: Panamá (2000), 5 fallecidos y 28 pacientes afectados; Costa Rica (1996), 17 fallecidos y 115 pacientes afectados; Francia (2006), 4 fallecidos y 23 pacientes afectados; etc. Estos se han producido debido a la sobre exposición a las radiaciones, factores organizacionales y humanos. El estudio determinó que las causas más importantes de los incidentes radiológicos son los errores del proceso y errores humanos (entre un 60% y 80%). Asimismo, es necesario reflexionar respecto al incremento acelerado de los exámenes radiológicos asociados a los avances tecnológicos. Ello conlleva a tener una cultura de seguridad de la paciente consolidada (Rubén, 2015).

Por otra parte, para abordar los conflictos es indispensable la adecuada toma de decisiones. En ese sentido, las organizaciones deben orientarse a modelos de eficiencia en la toma de decisiones (p. 383). En la actualidad, los profesionales deben tener la capacidad de adaptarse a los cambios constantes en los sistemas sanitarios. Por ello, se considera importante el diálogo y el trabajo articulado basado en las responsabilidades gerenciales y clínicas. Dado que la toma de decisiones en situaciones de conflictividad suele intervenir

en los procesos radiológicos (Bonmatí *et al.*, 2004, p. 115). Además, la toma de decisiones en los entornos de sanidad se ha complicado, de cierta manera, debido al desarrollo tecnológico (Gálvez, 2017, p. 90). Ello implica la necesidad, por parte del personal, de tomar decisiones en diferentes contextos relacionado a su praxis diaria.

En el Perú, la cultura de la seguridad del paciente se viene desarrollando como parte de uno de los componentes del sistema de gestión de la calidad en salud. En el año 2002, la Asamblea Mundial de Salud, invito a los países miembros a considerar tomar medidas respecto a la mejora de la seguridad del paciente, como también el registro de los eventos adversos en las instituciones del sector salud. En el año 2004, se concretó con el establecimiento de la Alianza Mundial por la Seguridad de los Pacientes. De esta forma, el Ministerio de Salud ha puesto sus esfuerzos en establecer la Alianza Interinstitucional Nacional por la Seguridad del Paciente, así como el respectivo Plan Nacional (Ministerio de Salud; Dirección General de Salud de las Personas, 2006, p. 28). Asimismo, de acuerdo a un estudio llevado a cabo en el año 2013, se determinaron efectos adversos que afectan la seguridad en cinco hospitales: Santa Rosa, Grau, Rebagliati, Cayetano Heredia, Dos de Mayo. El estudio demostró que existió un 28% de eventos adversos relacionados con los procedimientos (Vergara, 2017).

La Clínica Dr. Luis Quito queda ubicada en la avenida Grau. Posee una infraestructura de tres pisos y brinda servicios de rayos X, tomografía, resonancia magnética, etc. (Véase anexo 4). El 30 de marzo del año 2019, la Municipalidad de La Victoria procedió a clausurar por un mes la clínica e imponer una multa por 12 600 soles. Según los inspectores de la Gerencia de Fiscalización y Control del Municipio atribuyeron que la clínica rechazó una inspección haciendo caso omiso a las solicitudes de la comuna. También, los funcionarios ediles afirmaron que la clínica no contaba con el certificado de inspección técnica de Defensa Civil. Además, manifestaron que la clínica ponía en riesgo

la integridad física de los pacientes (RPP, 2019). Desde la posición de los funcionarios ediles, se estaba dando un proceso de atención que afectaba la seguridad del paciente de esta clínica.

En relación a lo anterior, podemos precisar que se desconoce el estado de la cultura de la seguridad y su relación con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Luis Quito – Sede Grau. De seguir con esta situación pondría en riesgo a los usuarios del servicio radiológico. En ese sentido, con base en los resultados se recomendarán posibles acciones para abordar esta problemática. De esta forma, se mejorará la cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Luis Quito – Sede Grau.

1.1.2. Formulación del problema

1.1.2.1. Problema general

¿Cómo la cultura de seguridad del paciente se relaciona con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito en la Sede Grau en el año 2019?

1.1.2.2. Problema específico.

- a) ¿De qué forma se relaciona la seguridad en el área de trabajo con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito en la Sede Grau en el año 2019?
- b) ¿En qué medida la seguridad brindada por la dirección se relaciona con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito en la Sede Grau en el año 2019?
- c) ¿De qué manera la seguridad desde la comunicación se asocia con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito en la Sede Grau en el año 2019?

d) ¿Cómo la frecuencia de sucesos notificados se relaciona con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito en la Sede Grau en el año 2019?

e) ¿De qué manera la seguridad desde la clínica se relaciona con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito en la Sede Grau en el año 2019?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Aguilar (2018), su investigación se propuso determinar la cultura de seguridad del paciente en los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD, Piura-2018. La investigación es de tipo básica. Además, el nivel es descriptivo. La población estuvo compuesta por 43 enfermeras. El instrumento empleado fue el cuestionario de seguridad del paciente que estuvo conformado por 6 dimensiones. Los resultados demostraron que la dimensión trabajo en equipo es positiva (75%). Asimismo, las expectativas y acciones de la dirección (61.6%) y percepción de seguridad (57.4%) son dimensiones neutras. Finalmente, las dimensiones negativas son los problemas en el cambio de turno (47.7%); dotación de personal (48.3%) y frecuencia de eventos adversos notificados (46.5%). El autor concluyó que existe un predominio negativo en la percepción de la cultura de seguridad del paciente en los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD, Piura-2018.

Chuquitapa y Lucy (2016), su investigación se propuso describir la cultura de la seguridad del paciente en el Servicio de Recuperación y Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo. La investigación es de tipo básica. El nivel de la investigación se caracterizó por ser descriptivo. La muestra estuvo conformada por cuarenta y cinco enfermeras. El instrumento empleado fue el cuestionario de seguridad del paciente (MOSPS). Los resultados demostraron que las dimensiones negativas fueron: comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad (66.7%) y grado de

apertura de la comunicación (88.9%). Las dimensiones positivas fueron: aprendizaje organizacional (55,6%), respuesta no punitiva a los errores (68.9%), acciones del supervisor en relación a la seguridad de los pacientes (51.1%), trabajo en equipo (53.3%). Por otra parte, la dimensión cambios de turno, disponibilidad del personal obtuvieron 57.8%. Los autores concluyeron que existen aspectos negativos que deben ser abordados para mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Dávila (2018), su trabajo tuvo como propósito establecer la cultura de seguridad del paciente del Centro Quirúrgico del C.M.I. Juan Pablo, Villa El Salvador. La investigación es de tipo básico. El nivel de la investigación se caracterizó por ser descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 118 profesionales y la muestra por 88 profesionales. El instrumento empleado fue un cuestionario adaptado en España de la cultura de la seguridad del paciente. Los resultados demostraron que existen déficits en los niveles de las dimensiones de la cultura de la seguridad, por lo que el autor recomienda mejorarlos.

Minaya (2018), su investigación se propuso describir la cultura de la seguridad del paciente y la toma de muestra de sangre en el personal que se desempeña en el área de laboratorio de la Red de Salud Huaral – Chancay, 2016. El tipo de investigación es básica. Asimismo, el nivel de la investigación es correlacional. El instrumento empleado fue un cuestionario estructurado. La muestra estuvo conformada por 100 personas entre profesionales y técnicos. Los resultados demostraron que existe una asociación estadísticamente significativa entre las variables cultura de seguridad del paciente y toma de muestras de sangre. Además, se pudo comprobar el predominio de una percepción regular de la cultura de la seguridad.

Mundo (2018), su trabajo tuvo como propósito contrastar la cultura de seguridad del paciente basado en la percepción del personal del Servicio de Hospitalización y Servicio

de Emergencia de una Clínica Privada en Lima, en el año 2018. La investigación es de tipo básica. El nivel de la investigación es descriptivo y de corte transversal. La población estuvo compuesta por 50 empleados asistenciales de hospitalización y emergencia. El instrumento empleado fue el cuestionario de la cultura de seguridad del paciente, adaptado en España. Los resultados demostraron que no existen diferencias estadísticamente significativas en la cultura de seguridad de ambos grupos de trabajo. Asimismo, en el servicio de emergencia existió un predominio del nivel medio de la cultura de la seguridad del 90% y un nivel bajo de 10%. En el servicio de hospitalización existió el predominio del nivel medio de la cultura de la seguridad del 100%.

Pariona (2018), su investigación tuvo como objetivo describir la cultura de seguridad del paciente referente a la unidad de cuidados intensivos quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, en el año 2018. El tipo de investigación empleado es básico. El nivel de la investigación es descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 50 enfermeras. El instrumento empleado fue el cuestionario de cultura de seguridad del paciente (adaptada al español). Los resultados demostraron que el 22% del personal percibieron un nivel alto de cultura de seguridad del paciente; el 66% del personal un nivel medio; y un 12% de los trabajadores un nivel bajo. Respecto a la dimensión seguridad a nivel de servicio, predominó el nivel medio con un 82%. En relación a la dimensión cultura de seguridad a nivel del hospital, predominó el nivel alto con un 68%. Referente a la dimensión notificación de eventos adversos, se manifestó en un 6%.

Vergara (2017), su investigación se propuso determinar la relación de la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en los servicios de en los Servicios de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, en el año 2017. La investigación es de tipo básica. Es un estudio de nivel descriptivo, correlacional y el corte temporal es transversal. La población estuvo conformada por 140 trabajadores y la muestra por 102. Los

instrumentos empleados fueron el cuestionario de la agencia para la investigación y calidad en salud (AHRQ) y un cuestionario estructurado para la toma de decisiones. Los resultados demostraron el predominio de la cultura de seguridad adecuada (48.04%); seguida de un nivel excelente (27.45%); prosigue el nivel aceptable (18.63%); y un nivel pobre (5.88%). En cuanto a la variable toma de decisiones, existió el predominio del nivel alto (54.90%); seguido de un nivel bajo (45.10%). Los resultados demostraron que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones ($\rho = 0.612$). El autor concluyó que existe una relación significativa y positiva entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en los Servicios de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, en el año 2017.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Arias y Gómez (2017), su investigación se propuso determinar los enfoques relacionados a la cultura de la seguridad del paciente y referir los principales instrumentos empleados para su medición. El tipo de investigación es de tipo básica. Los resultados demostraron que el término es polisémico y genera confusión con el clima de seguridad. Se identificaron dos enfoques conceptuales: el funcionalista y el antropológico. Los autores pudieron identificar que el enfoque funcionalista es el más importante y que está asociado a diferentes instrumentos de medición.

Camargo *et al*, (2014), su investigación tuvo como propósito describir los principales aspectos de la literatura científica relacionado a la seguridad de los pacientes, la cultura de la organización y la gestión de la seguridad. La investigación es de tipo básica. Además, el nivel de la investigación es descriptivo. Los resultados demostraron que existieron en siete años, 106 indicadores (2006 - 2012). También pudieron precisar que existió el predominio de las publicaciones norteamericanas (50.9%), donde desatacan los artículos originales (74%) y cuya temática principal fue la mala praxis.

Gómez *et al.*, (2011), los autores se propusieron describir la percepción de la cultura de la seguridad de las instituciones prestadoras en los servicios de salud del tercer nivel en Bogotá, Colombia. El tipo de investigación es básica. El nivel del estudio es descriptivo y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 201 técnicos y profesionales en enfermería. El cuestionario empleado fue el *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. Los resultados demostraron que existió una percepción adecuada respecto a preocupación de la gerencia por la seguridad del paciente. Además, se demostró que existieron resultados positivos de la cultura de la seguridad del paciente en relación al personal. Respecto a las dimensiones por mejorar resalta el flujo de personal ocasional y personal insuficiente.

Soria (2012), su investigación tuvo como propósito determinar la cultura de la Seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). El tipo de investigación es básica. El nivel de la investigación es descriptivo. La muestra estuvo conformada por 28 enfermeros y 22 médicos. Se empleó un cuestionario de cultura de seguridad. Los resultados demostraron que un 28% de los profesionales de salud comunicaron eventos adversos. En relación al ambiente adecuado de trabajo, un 70% estuvo conforme. Respecto a una adecuada comunicación en los pasajes de las salas, un 76% estuvo de acuerdo. Referente a la carga del trabajo, fue considerada elevada por un 86%. Asimismo, respecto a las mejoras detectadas, fueron en la organización y dirección del hospital 54%.

Vasco (2017), su tesis doctoral tuvo como propósito analizar la cultura seguridad del paciente en el Área de Enfermería. El tipo de investigación es básica. El estudio es de nivel descriptivo, observacional y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 192 participantes. El instrumento empleado fue un cuestionario adaptado por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad de España y la Universidad de Murcia. Los resultados demostraron que un 85.4% de los profesionales no comunicaron ningún tipo de

eventos adversos durante el último año. Respecto a la percepción de la seguridad, hubo un predominio del nivel positivo (44.92%). Con relación a las expectativas y acciones que favorecen la seguridad, hubo un predominio de los niveles adecuados (60.8%). Asimismo, referente a la franqueza en la comunicación, existieron niveles altos (50.35%). Referente a la dotación del personal, existió un predominio de la percepción negativa (61.85%). Además, respecto al apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente, se dio el predominio de la percepción desfavorable (40.94%). En relación al trabajo en equipo entre unidades, se manifestó el predominio de lo adecuado (43.75%). En relación a los problemas en cambios de turnos y transiciones entre unidades, hubo un predominio positivo (46.94%).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivos generales

Determinar la relación de la cultura de la seguridad del paciente con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- a) Establecer la asociación de la seguridad en el área de trabajo con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.
- b) Comparar la relación de la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.
- c) Determinar la asociación de la seguridad desde la comunicación con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.
- d) Establecer la relación de la frecuencia de sucesos notificados con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.
- e) Determinar la relacionar de la seguridad desde la clínica con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación teórica

La presente investigación se justifica puesto que se verificó los aportes teóricos de la cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones. Estas teorías están relacionadas al área de la gestión de la calidad de los servicios de sanidad. De esta forma, se conoció la situación de la cultura de la seguridad del paciente desde la percepción de los trabajadores del servicio radiológico.

1.4.2. Justificación práctica

La presente investigación se justificó de forma práctica dado que permitió conocer la situación de la cultura de la seguridad del paciente en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau. De esta forma, los resultados podrán ser empleados para su análisis e implementación de acciones destinadas a mejorar la cultura de la seguridad en los pacientes. Asimismo, al conocer la forma en que los trabajadores toman sus decisiones se podrá llevar a cabo el análisis correspondiente y optimizar los procesos relacionados a la atención del usuario del servicio radiológico. Además, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2008), son indispensables las investigaciones relacionadas a promover la seguridad del paciente. Por lo que este tipo de investigación busca la prevención de posibles daños a los pacientes. Por ello, es necesario promover investigaciones de esta temática en diferentes entornos sanitario (Merino, 2012).

1.4.3. Justificación metodológica

Para alcanzar los fines propuestos se emplearon instrumentos que fueron adaptados y presentaron una confiabilidad alta; por lo que permitieron medir adecuadamente las variables. En ese sentido, para la variable cultura de la seguridad del paciente se empleó el cuestionario elaborado y traducido por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de los EE.UU. Asimismo, para evaluar la variable toma de decisiones se utilizó

el Cuestionario Melbourne (DMQ-II). Este fue desarrollado por Mann *et al.* (Alfonso *et al.*, 2014, p. 53). De esta forma, se pudo identificar la relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

Hi. Existe una relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Ho. No existe una relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

1.5.2. Hipótesis específica

a) Hi. Existe una relación entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Ho. No existe una relación entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

b) Hi. Existe una relación entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Ho. No existe una relación entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

c) Hi. Existe una relación entre la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Ho. No existe una relación entre la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

d) Hi. Existe una relación entre la frecuencia de sucesos notificados y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Ho. No existe una relación entre la frecuencia de sucesos notificados y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

e) Hi. Existe una relación entre la seguridad desde la clínica y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Ho. No existe una relación entre la seguridad desde la clínica y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

II. Marco Teórico

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Cultura de la seguridad del paciente

Se puede definir la cultura como el conjunto de conocimientos, actitudes, valores e ideas que dan forma al comportamiento humano y son transmitidos de generación en generación. En ese sentido, se le incluye como factor de cambio en las organizaciones y está presente en las políticas dirigidas a mejorar la seguridad del paciente (Saturno *et al.*, 2008).

Asimismo, podemos definir la cultura de la seguridad presente en una organización como el “conjunto de valores, competencias, actitudes, percepciones y patrones de conducta tanto grupales e individuales que establecen el estilo, la competencia y el compromiso de la gestión de la seguridad en una organización” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 18).

Por consiguiente, con el desarrollo de la cultura de la seguridad se busca generar una serie de beneficios como: la reducción de la gravedad y recurrencia de incidentes por medio del desarrollo del aprendizaje organizativo y las notificaciones; la disminución del daño psicológico y físico que puedan sufrir los pacientes, para ello es necesario llevar a cabo una labor de prevención de los errores que facilite la comunicación adecuada de los errores presentes; mediante la manifestación de eventos se evalúan los riesgos y se mejorará la gestión de los recursos; además, la disminución de los costes sociales y financieros que puedan surgir de potenciales incidentes, como prestación por invalidez o la pérdida de tiempo laboral. Por ello, para mejorar la seguridad de las organizaciones es indispensable evaluar el contexto general del trabajo y las actitudes del personal (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 19).

La cultura de seguridad implica un conjunto de normas y valores en la organización que requiere la implicancia de un modelo mental compartido que tenga como objetivo alcanzar el posicionamiento de la seguridad del paciente. En relación a lo anterior, este debe incluir factores organizativos, humanos, técnicos y culturales (Rocco y Garrido, 2017, p. 785).

Asimismo, la cultura de la seguridad se fundamenta en dos teorías: la teoría de la identidad social, en la cual la persona se esfuerza por mejorar su autoestima a través de la identificación con el grupo y donde la organización tiene que promover intervenciones en materia de seguridad para el fomento de redes seguras para su integración y desarrollo; por otra parte, la teoría de la auto categorización, donde la persona se identifica con diferentes grupos (micro culturas) y aborda de forma permanente su identidad, donde la organización debe fomentar el refuerzo positivo, estimulando el trabajo en seguridad, la autoestima, etc. (Rocco y Garrido, 2017, p. 791).

Además, es necesaria la identificación de la cultura de la seguridad del paciente para mejorar la calidad de atención en salud. Esto se debe a que se relaciona con la cultura de la organización, promoviendo los procesos que buscan la seguridad del paciente, y la concientización de los profesionales (Chuquitapa y Lucy, 2016), En ese sentido, la cultura positiva de la seguridad del paciente en las instituciones sanitarias es un requisito indispensable para evitar efectos adversos, para el aprendizaje organizacional de forma proactiva, rediseñar las estrategias considerando que los errores no vuelvan a suceder (Saturno *et al.*, 2008, p. 23).

De acuerdo a la *National Patient Safety Agency for England and Wales* (NPSA), las características básicas de la cultura de la seguridad son: abierta, dado que se considera el fallo del sistema como la fuente de los accidentes; justa, dado que no se imputan medidas punitivas; de aprendizaje, puesto que brinda la oportunidad de interpretar los incidentes

como posibilidad de la mejora de la seguridad (Rocco y Garrido, 2017, p. 791). En ese sentido, la Agencia Nacional de Seguridad del Paciente del Reino Unido, considera necesarias una serie de actividades que se relacionen a la implantación de la cultura de la seguridad en las organizaciones, estas son: cimentar y consolidar la cultura de la seguridad del paciente en la organización; fomentar el liderazgo del equipo involucrado; buscar incorporar la gestión de riesgos; fomentar toda información relacionada a la temática para el conocimiento institucional; implicar la participación y comunicación de los usuarios; aprender, analizar y compartir los conocimientos de seguridad; incorporar soluciones para prevenir daños. De esta forma, se proporciona un entorno más seguro permitiendo conseguir los fines propuestos de la gestión de riesgos y la gestión clínica en la organización (Ríos, 2013, p. 202). Por ello, la cultura de la seguridad del paciente se debe desarrollar en las organizaciones de alta confiabilidad que tengan estrategias para afrontar la problemática de eventos adversos (Arias y Gómez, 2017).

Este enfoque trata de comprender que en muchas circunstancias, debido a la combinación de factores relacionados a los sistemas, la cultura de la organización, las tareas; se originan las condiciones para que se produzca el error (Rubén, 2015).

De acuerdo a García (2015), la cultura de la seguridad positiva conlleva aspectos como: el mayor reporte de incidentes y errores; la reducción de eventos adversos; la mejora en indicadores de seguridad; la disminución de la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Para ello, la cultura de la seguridad pasa por una fase de maduración hasta alcanzar la fase generadora que está asociada a la gestión del riesgo en las actividades de los servicios de salud.

Véase la Figura 1.

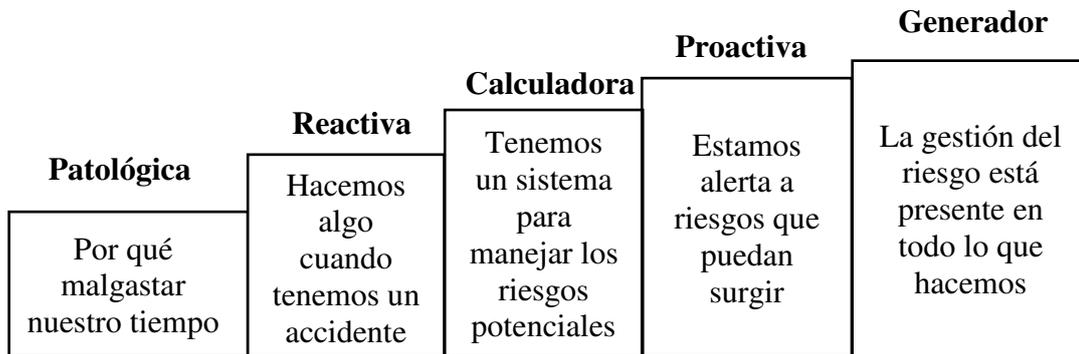


Figura 1. Nivel de madurez de una organización con respecto a la seguridad

Por otra parte, la condición humana no está extensa del error en las diferentes actividades de la sanidad. El error relacionado al factor humano aumenta debido a que cada individuo que participa en la interacción está inmerso en un entorno biopsicosocial que influye en su comportamiento, capacidad de respuesta, habilidad, etc. En ese sentido, existe la posibilidad que puedan cometerse errores. Algunos se pueden hacer de forma inconsciente, otros requieren un elevado nivel de conocimiento o se realizan basado en el desconocimiento o la mala aplicación de las reglas. La problemática surge cuando se toma una elección inapropiadamente (Franco, 2006).

Además, existen errores por fallas en los procesos que pueden suceder debido a que los sistemas de atención (en algunos casos) obvian las posibilidades de error. Este tipo de error puede ser no técnico o técnico. Respecto al tipo de error técnico son el producto de resultados adversos que se manifiestan durante la ejecución del procedimiento. Estos errores en determinadas circunstancias son potenciales causas de morbilidad y mortalidad que pueden ser prevenidas (Franco, 2006).

Asimismo, existen circunstancias cuando los riesgos se convierten en norma, por lo que es indispensable el fomento de prácticas seguras en la organización, llevando a cabo evaluaciones constantes de las consecuencias. Esto conlleva a la evaluación de los hábitos que pueden ser entendidos como “normales”, permitiendo el planteamiento y diseño de la

estandarización de prácticas y guías basadas en el soporte de la evidencia científica. En efecto, la estandarización permite la unificación de criterios y acciones en las organizaciones sanitarias. (Rocco y Garrido, 2017, p. 791). Se debe considerar que en todo proceso de atención participan factores estructurales y de proceso que logran un resultado. Los factores estructurales hacen referencia a los recursos que se necesitan para llevar a cabo la atención (recurso tecnológico, físico y humano); y los factores de procesos hacen referencia a las actividades llevadas a cabo durante la atención (examen físico, técnicas quirúrgicas, etc.). La combinación de estos dos factores busca obtener los resultados más óptimos. Esto se traduce en el mejoramiento de las condiciones del estado de salud funcional del enfermo o la cura de la enfermedad (Donabedian, citado por Franco, 2006).

Por otro lado, los avances y el desarrollo tecnológico han influenciado e impactado en los entornos sanitarios. Este contexto de alta complejidad puede conllevar una serie de riesgos como el error de las prácticas y la presencia de eventos adversos. Es así que los usuarios pueden ser afectados potencialmente. Para ello, se requiere un cambio cultural (Ríos, 2013, p. 202).

2.1.1.1. Seguridad en el área de trabajo

Implica que no existan riesgos en área de trabajo. Para ello, se considera el aprendizaje a nivel organizacional y la mejora constante del área, como: actividades para mejorar la seguridad del usuario, se toman medidas para que no sucedan errores perjudiciales, buscar comprobar la efectividad de las acciones llevadas a cabo. Asimismo, es indispensable promover el trabajo en equipo en el servicio comprometido en alcanzar la seguridad del paciente. Algunas acciones son: apoyo mutuo entre el personal, el trabajo colaborativo, el respeto entre el personal, etc. (Saturno *et al.*, 2008, p. 27).

Por otra parte, conviene mencionar la terminología asociada a la seguridad del paciente empleada usualmente en este nivel: evento adverso, se refiere a eventos durante el

proceso clínico que originan daño psicológico o físico, estos pueden haberse evitado empleando mecanismos; complicaciones o reacciones adversas, son los que no se pueden prevenir; evento adverso potencial, se caracteriza cuando el error potencial es detectado adecuadamente y es rectificado; el error, se refiere a los procesos y se da cuando existe una omisión o acción que se desvía del proceso establecido, involucrando eventos adversos potenciales como los prevenibles; *Near Miss*, se conoce al error sin daño, no tiene un impacto negativo en el paciente; practica segura, se le conoce a la intervención o practica en el proceso de atención que disminuye el riesgo de padecer un evento adverso (Franco, 2006).

2.1.1.2. Seguridad brindada por la dirección

La gerencia de los hospitales lidera y coordina acciones con las unidades asistenciales. Promueve la gestión de riesgos y eventos adversos para alcanzar la calidad del servicio. Por ello, se requiere el involucramiento de toda la organización, buscando el comprometan para alcanzar los objetivos propuestos (Franco, 2006). En efecto, la gerencia del hospital debe apoyar la seguridad del paciente, fomentando un clima laboral que busque promover la seguridad del paciente. Debe demostrar que es parte de sus prioridades y no solo después que hayan sucedido hechos o eventos adversos que perjudiquen al paciente (Saturno, *et al.*, 2008, p. 28).

2.1.1.3. Seguridad desde la comunicación

La comunicación es una actividad estratégica en las organizaciones. Los servicios radiológicos son paradigmas de la gestión integral y requieren de una adecuada comunicación enfocada en la seguridad del paciente. Las organizaciones deben tener como base un soporte tecnológico completo y cambiante; por lo que requieren de una gestión de la comunicación constante (Bonmatí *et al.*, 2004). Por ello, es indispensable la comunicación que tenga como base la confianza y la importancia de la seguridad

(Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). La comunicación franca por parte del personal es indispensable y requiere que se puedan comunicar factores que afecten negativamente la atención del paciente; pueda cuestionar con libertad las acciones o decisiones de los superiores; busque comunicarse sobre el seguimiento de los pacientes; y hacer preguntas respecto a algo mal hecho (Saturno *et al.*, 2008).

La falta de comunicación genera errores en las organizaciones sanitarias. Genera un mayor riesgo debido al manejo y la falta de importancia de la información (Castejón, 2018, p. 4). En ese sentido, la comunicación sobre el error implica notificar incidentes, errores en el área, discutir sobre los errores, etc. (Saturno *et al.*, 2008).

2.1.1.4. Frecuencia de sucesos notificados

Hace referencia a la frecuencia de sucesos notificados respecto a efectos adversos o errores potenciales originados en la atención. Para ello, se busca entender tres tipos de casos frente a efectos adversos: se notifican errores al ser descubiertos y corregidos antes de un afectar al paciente, se notifican los errores de forma previsible aun cuando no causan daño al usuario, se notifican los errores que no han resultado en consecuencias adversas, aunque potencialmente hubieran dañado al paciente (Saturno *et al.*, 2008, p. 46).

2.1.1.5. Seguridad a nivel de toda la clínica

Hace referencia a la percepción de seguridad brindada en toda la clínica. Evalúa dos aspectos fundamentales: el trabajo en equipo llevado a cabo entre las unidades, que a su vez trata de determinar la coordinación por brindar una adecuada atención, la cooperación entre las unidades, la comodidad de trabajar con los miembros de otros equipos; por otra parte, los problemas de cambio de turno y transiciones entre los servicios que incluye la necesidad de conocer el manejo de la información del paciente y los posibles problemas de atención al usuario surgidos por el cambio de turno (Saturno *et al.*, 2008, p. 28).

2.1.2. Toma de decisiones

Citando a Estrada (2015), la palabra decisiones proviene del latín *decidiré*, que hace referencia a un término relacionado a la precisión, incisión, conciso. En ese sentido, esta palabra es una metáfora asociada a cortar y dejar. Donde una persona ante dos o diferentes alternativas, tome la decisión por una y deja de lado las otras. En este proceso hay una relación directa de la voluntad. Este proceso involucra la atención y diferentes conductas irracionales y racionales. Por ende, la toma de decisiones hace referencia a un proceso por el cual se elige entre varias alternativas para alcanzar un objetivo o fin (Cotanda, 1998, p. 324).

Las decisiones, en general, tienen una motivación de origen dada por una problemática presente y que se trata de solucionar. Por ello, para hablar de toma de decisiones debe existir más de una alternativa. De lo contrario, cuando solo existe una posible elección no habría capacidad de elección (Carmona, 1997, p. 14). Si bien es cierto que a diario tomamos decisiones simples cuya solución es implícita y rápida, se dan otros casos en los cuales las consecuencias de las decisiones generan consecuencias importantes como las que se dan en las organizaciones. En esos casos se requiere llevar a cabo un proceso adecuado y estructurado donde la toma de decisiones sea un factor elemental en la estructura organizativa (Ortega, 2016, p. 118). La toma de decisiones está presente en los diferentes niveles de la organización, ya sean decisiones estratégicas u operativas, por lo que su desviación puede afectar los objetivos propuestos. Si bien es cierto que este proceso a menudo se realiza de forma intuitiva, de acuerdo a las circunstancias se requiere un proceso más sistematizado. Por ello, es necesario identificar la complejidad de las situaciones. Por lo cual, los problemas deben ser tratados considerando el máximo rigor posible y analizando las decisiones a tomar (Bustos y Prats, 2013, p. 19). Por ello, la toma

de decisiones requiere personal capacitado que tenga el criterio necesario para analizar la elección a tomar.

De acuerdo a Simón, hace énfasis en el proceso de toma de decisiones en escenarios de incertidumbre. Considera entre los factores de toma de decisiones: los niveles de aspiración, las expectativas esperadas, etc. Además, la experiencia acumulada nos permite enfrentar adecuadamente las situaciones, ello implica que al poseer conocimientos de la situación la elección de la decisión es más efectiva (Simón citado por Bonome, 2010, p. 78).

2.1.2.1. Modelo de conflicto de decisión

Se puede distinguir dos grandes vertientes teóricas de la toma de decisiones: las teorías descriptivas y las teorías normativas (ámbito económico). Son las teorías de carácter descriptivo las que muestran una adecuada explicación del proceso de la toma de decisiones de los individuos en entornos de incertidumbre, entornos cambiantes, bajo niveles altos de estrés y con diferentes opciones confusas. Para ello, se basan en procesos de tipo motivacional, cognitivo y emocional que delimitan la acción del individuo racional (Luna y Laca, 2014, págs. 41 - 42). Siguiendo la línea de las teorías descriptivas, destaca el modelo propuesto por Mann y Janis que se basa en que la toma de una decisión conlleva a un conflicto de decisión interno (causa de estrés), que puede expresarse en incertidumbres y dudas evitando o aplazando el problema. El fin del modelo propuesto es describir en qué momento, cómo y por qué el estrés generado por el conflicto de decisión impone una serie de limitaciones a la racionalidad de las decisiones de un individuo en su entorno laboral o personal (Luna y Laca, 2014, p. 42). De acuerdo a este modelo teórico, el estrés de la decisión se fomenta por dos fuentes: la preocupación por pérdidas subjetivas y objetivas. Esto conlleva a que el sujeto quiera finalizar lo antes posible con la dificultad presente, haciendo precipitada una decisión o aplazándola. Por el contrario, cuando el individuo

busca dar respuesta al conflicto de decisión, puede adoptar los siguientes patrones de toma de decisiones: vigilancia, hipervigilancia, evitación defensiva (transferencia o procrastinación) (Luna y Laca, 2014, p. 43). Estos patrones son de tipo adaptativo y para ello es necesario tomar en cuenta las condiciones antecedentes (Arocena y Ceballos, 2006).

2.1.2.1.1. Vigilancia

Consiste en que el individuo es optimista en relación a encontrar una solución y considera que tiene el tiempo necesario para indagar la información relevante para poder valorarla razonablemente (Ortega, 2016, p. 99).

2.1.2.1.2. Hipervigilancia

Se refiere cuando la persona piensa que es posible hallar una solución, pero considera que el tiempo es insuficiente. Ello conlleva a un estado cercano al pánico, por ello se embarca en la búsqueda frenética de la información de forma desordenada y el estrés alcanza niveles altos (Ortega, 2016, p. 99).

2.1.2.1.3. Transferencia

También se conoce como evitación defensiva. Es cuando una persona tiene una actitud pesimista en relación a encontrar una solución; y por ello, intenta escapar del conflicto. De esta forma, trata de evitar tomar una decisión. Además, se puede dar la transferencia de la toma de decisión a otra persona. También se dan casos en los cuales la decisión se aplaza (Ortega, 2016, p. 99).

2.1.2.1.4. Procastinación

Se da cuando el individuo afectado se niega a atender una responsabilidad necesaria, y no toma una decisión de forma oportuna, a pesar de las consecuencias negativas que conllevarían (Becerra, 2012). El aplazamiento genera una serie de problemas asociados a la gestión del tiempo. Asimismo, la procrastinación puede convertirse en un círculo vicioso que puede generar estrés (Dorchy, 2018).

III. Método

3.1. Tipo de Investigación

La investigación es de tipo básica. También conocida como pura se caracteriza a que genera un marco teórico permanente sobre su base. Por lo que su objetivo es acrecentar el conocimiento científico (Muntané-Relat, 2010, p. 221). En ese sentido, la presente investigación busca generar conocimiento respecto a la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

El nivel de investigación es correlacional, dado que buscó hallar las posibles relaciones existentes entre los resultados. Por consiguiente, este nivel de estudio buscó responder a interrogantes surgidas de la relación entre las variables (Salkind, 1999, p. 12). En ese sentido, la presente investigación trató de responder sobre la posible asociación entre las variables cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones enmarcados en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

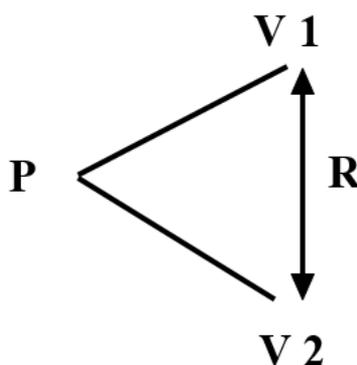


Figura 2. Investigación correlacional

Donde:

P: Personal del Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito

V 1: Cultura de la Seguridad del Paciente

V 2: Toma de Decisiones

R: Coeficiente de Correlación

Asimismo, la investigación es de corte transversal, puesto que se encargó de recolectar los datos en un momento determinado de tiempo en que sucedió el fenómeno. (Jaramillo y Ramírez, 2006, p. 158). También el trabajo es retrospectivo.

Además, un diseño de investigación tiene como fin establecer los parámetros por los cuales se realizó el trabajo (Abreu, 2012, p. 192). Por consiguiente, el diseño de la presente investigación no manipula las variables. Por ende, las posibles asociaciones que se dan entre las variables se analizaron tal como dieron en su contexto (Jaramillo y Ramírez, 2006, p. 158).

3.2. Ámbito Temporal y Espacial

- La presente investigación se desarrolló en el mes de enero del 2020.
- El ámbito espacial fue el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito - Sede Grau. Ubicada en Lima (Véase Anexo 6).

3.3. Variables

El nivel de medición fue de tipo ordinal puesto que los grados son ordenados en relación a un criterio determinado basado en un orden (Gómez, 2006, p. 22).

Tabla 1.

Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Tipo
Cultura de Seguridad del Paciente	Es un conjunto de normas y valores en la organización por lo que implica un modelo mental compartido que tenga como objetivo alcanzar el posicionamiento de la seguridad del paciente (Rocco y Garrido, 2017, p. 785)	Seguridad en el área	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Ritmo y carga del trabajo • Aprendizaje organizacional 	Ordinal
		Seguridad brindada por la Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente 	
		Seguridad desde la comunicación	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación franca • Seguimiento de la atención a los pacientes • Comunicación sobre el error 	
		Frecuencia de sucesos notificados	<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia de notificación del error descubierto y corregido antes de afectar al paciente • Frecuencia de notificación del error sin potencial de daño al paciente • Frecuencia de notificación del error con potencial daño al paciente, pero no lo hace 	
		La seguridad a nivel de la clínica	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo entre unidades /servicios • Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/ unidades 	

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Tipo
Toma de Decisiones	La toma de decisiones hace referencia a un proceso por el cual se elige entre varias alternativas para alcanzar un objetivo o fin (Cotanda, 1998, p. 324).	Vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud activa • Optimismo 	Ordinal
		Hipervigilancia	<ul style="list-style-type: none"> • Decisión bajo presión • Decisión precipitada • Decisión bajo tiempo insuficiente 	
		Transferencia	<ul style="list-style-type: none"> • Trasferir decisión • Evadir decisión 	
		Procastinación	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud pasiva • Aplazamiento 	

3.4. Población y Muestra

La población, o también conocida como el universo, hace referencia al conjunto de individuos que comparten determinadas características o algunas propiedades que se pretenden estudiar. Por otra parte, la muestra se refiere al subconjunto de la población que se estudiará (Icart *et al.*, 2006, p. 55). El presente trabajo abordó la población de 28 tecnólogos médicos del Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito - Sede Grau. En ese sentido, no se utilizó una muestra representativa.

3.5. Instrumentos

3.5.1. Cuestionario sobre la cultura de la seguridad en el paciente

De acuerdo a diferentes investigaciones para evaluar la cultura de seguridad del paciente se pueden aplicar cuestionarios. Estos permiten realizar un diagnóstico adecuado de la cultura de la seguridad del paciente, revelando la necesidad de capacitación del personal de salud, mejorar el nivel de conciencia respecto a la cultura de la seguridad, favorecer el cumplimiento de acciones de seguridad del paciente, así como formular las que se requieran. Además, permite llevar a cabo evaluaciones de programas o acciones

dirigidas a la seguridad del paciente (Alfonso *et al.*, 2014, p. 53). Para el estudio se usó como referencia el cuestionario de la seguridad del paciente en los hospitales. Este fue elaborado y traducido por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de los EE.UU. Está compuesto por cinco secciones (Alfonso *et al.*, 2014, p. 53). Véase la tabla 2.

Tabla 2.

Niveles de la cultura de seguridad del paciente

Cultura de seguridad del paciente	Niveles
Alto	155 – 210
Medio	98 – 154
Bajo	42 – 97
Seguridad en el área	Niveles
Alto	67 – 90
Medio	42 – 66
Bajo	18 - 41
Seguridad brindada por la Dirección	Niveles
Alto	15 - 20
Medio	10 - 14
Bajo	4 - 9
Seguridad desde la comunicación	Niveles
Alto	23 - 30
Medio	14 - 22
Bajo	6 – 13
Frecuencia de sucesos notificados	Niveles
Alto	12 – 15
Medio	7 - 11
Bajo	3 – 6
La seguridad a nivel de la clínica	Niveles
Alto	41 - 55
Medio	26 - 40
Bajo	11 - 25

Fuente: con base en la encuesta estructurada

Este instrumento parte de la opinión sobre los temas de seguridad de los pacientes reportados en el ámbito hospitalario. Tiene una duración aproximada de diez a quince minutos. (La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud, 2016). Véase el Anexo 2.

El instrumento fue validado por la AHRQ y diferentes especialistas a nivel internacional. Además, ha demostrado poseer adecuadas propiedades psicométricas y una alta confiabilidad estadística (Alfonso *et al.*, 2014, p. 53). Para la presente investigación se adaptó el cuestionario a la realidad del Servicio de Radiología. Se realizó la prueba de confiabilidad empleándose el Coeficiente de Cronbach donde se obtuvo un valor $\alpha = 0.95$. Por lo que el cuestionario tiene una alta confiabilidad. Véase el Anexo 4.

3.5.2. Cuestionario Melbourne sobre toma de decisiones

El cuestionario se basa en el modelo de conflicto de decisión, propuesto originalmente por Mann en el año de 1982 denominado Cuestionario Flinders DMQ. Posteriormente, en el año de 1997, el instrumento fue mejorado por Mann *et al.*, El propósito fue mejorar la confiabilidad estadística logrando mejoras sustanciales y denominándolo Cuestionario Melbourne sobre Toma de Decisiones (DMQ-II). El instrumento está conformado por cuatro dimensiones constituidas por 22 ítems. El participante tiene la posibilidad de seleccionar una de cinco opciones posibles (Luna y Laca, 2014, p. 44). Asimismo, las preguntas fueron adaptadas y se establecieron niveles para su interpretación (Véase la tabla 3).

Tabla 3.

Niveles de la toma de decisiones

Toma de Decisiones	Niveles
Alto	81 – 110
Medio	52 – 80
Bajo	22 - 51

Fuente: Con base en la encuesta estructurada.

El cuestionario respetó el marco teórico referente a la toma de las decisiones. Véase Anexo 3. (De Heredia *et al.*, 2004, p. 113). El cuestionario fue adaptado a diferentes idiomas y contextos. Además, ha sido empleado en investigaciones dirigidas a trabajadores de salud y en diferentes áreas hospitalarias (Isaksson y Hajdarević, 2014). Para la presente investigación se adaptó el instrumento y se realizó la prueba de confiabilidad empleándose el Coeficiente de Cronbach, obteniéndose un valor $\alpha = 0.92$. En ese sentido, se puede afirmar que el cuestionario tuvo una confiabilidad alta. Véase el Anexo 5.

3.6. Procedimientos

Los procedimientos a seguir fueron los siguientes:

- Se solicitó el permiso correspondiente a la Clínica Dr. Quito para llevar a cabo la investigación.
- Se informó a la dirección y al personal que la investigación no afectaba las labores cotidianas del Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito.
- Se procedió a realizar la encuesta explicando las principales características del instrumento y aclarando las dudas.
- La aplicación de la encuesta tuvo una duración aproximada de 10 minutos a 14 minutos.
- Una vez finalizada la encuesta se procedió a tabular los datos obtenidos.

3.7. Análisis de Datos

- Para realizar el análisis de datos se empleó el software estadístico SPSS (versión 22).
- Para llevar a cabo el análisis descriptivo se empleó tablas y gráficos que representaron los hallazgos encontrados.
- Para el análisis inferencial se empleó la prueba estadística coeficiente de Spearman (ρ) que evalúa la relación de dos variables ordinales y puede tomar un valor de -1 a +1,

donde el valor cero significa q no existe relación. Asimismo, los valores de interpretación del R de Pearson y Rho de Spearman son similares (Hernández *et al*, 2014, p. 323).

Véase la tabla 4.

Tabla 4

Coefficiente de correlación Rho de Spearman

Valor	Interpretación
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0.9 a -0.99	Correlación negativa muy alta
-0.7 a -0.89	Correlación negativa alta
-0.4 a -0.69	Correlación negativa moderada
-0.2 a -0.39	Correlación negativa baja
-0.01 a -0.19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
0.01 a 0.19	Correlación positiva muy baja
0.2 a 0.39	Correlación positiva baja
0.4 a 0.69	Correlación positiva moderada
0.7 a 0.89	Correlación positiva alta
0.9 a 0.99	Correlación positiva muy alta
1.00 =	Correlación positiva grande y perfecta

Fuente: (Díaz *et al.*, 2018)

3.8. Consideraciones Éticas

- La investigación no tuvo efectos adversos ni afectó el desarrollo de las actividades diarias de la clínica.
- Se solicitó los permisos correspondientes para llevar a cabo la investigación.
- Se informó y solicitó el consentimiento al personal del Servicio de Radiología.
- Se respetó la autenticidad de los datos recolectados.

IV. Resultados

4.1. Análisis e interpretación de resultados

4.1.1. Cultura de Seguridad del Paciente

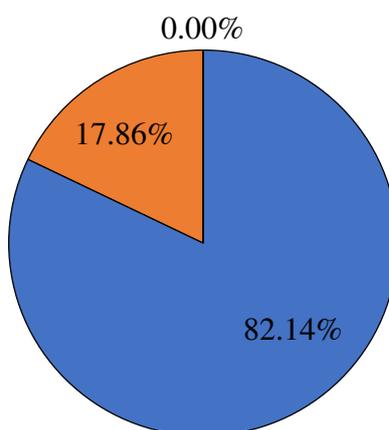
En la tabla 5 y la figura 3 se observan los niveles de la cultura de seguridad en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito en el año 2020. Un 82.14% de los encuestados consideraron que el nivel es alto; el 17.86%, medio; y un 0%, bajo.

Tabla 5

Niveles de la cultura de seguridad en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (hi)
Alto	23	82.14%
Medio	5	17.86%
Bajo	0	0.00%
Total	28	100.00%

Fuente: elaboración propia



■ Alto ■ Medio ■ Bajo

Figura 3. Niveles de la cultura de seguridad en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito

Fuente: elaboración propia

4.1.1.1. Seguridad en el área de trabajo

En la tabla 6 y la figura 4 se aprecian los niveles de la seguridad en el área de trabajo en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito. Un 82.14% de los encuestados consideraron que el nivel es alto; el 17.86%, medio; y un 0%, bajo.

Tabla 6

Niveles de la seguridad en el área de trabajo en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (hi)
Alto	23	82.14%
Medio	5	17.86%
Bajo	0	0.00%
Total	28	100.00%

Fuente: elaboración propia

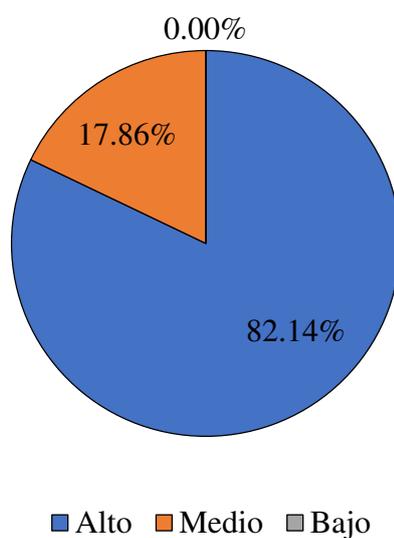


Figura 4. Niveles de la seguridad en el área de trabajo en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito

Fuente: elaboración propia

4.1.1.2. Seguridad brindada por la dirección

En la tabla 7 y la figura 5 se observan los niveles de la seguridad brindada por la dirección en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito. Un 96.43% de los encuestados consideraron que el nivel es alto; el 3.57%, medio; y un 0%, bajo.

Tabla 7

Niveles de la seguridad brindada por la dirección en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (hi)
Alto	27	96.43%
Medio	1	3.57%
Bajo	0	0.00%
Total	28	100.00%

Fuente: elaboración propia

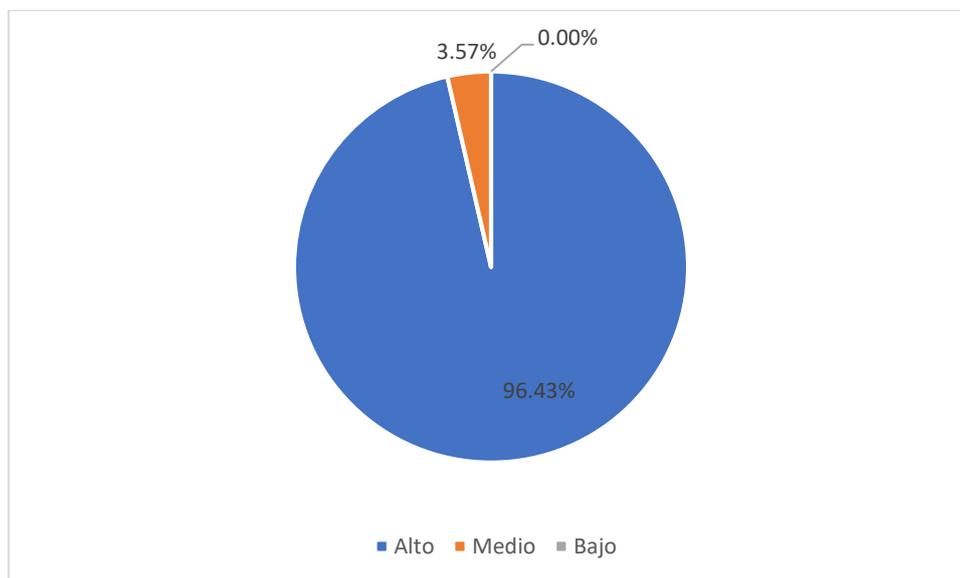


Figura 5. Niveles de la seguridad brindada por la dirección en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito

Fuente: elaboración propia

4.1.1.3. Seguridad desde la comunicación

En la tabla 8 y la figura 6 se aprecian los niveles de la seguridad desde la comunicación en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito en el año 2020. Un 75% de los encuestados consideraron que el nivel es alto; el 25%, medio; y un 0%, bajo.

Tabla 8

Niveles de la seguridad desde la comunicación en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (hi)
Alto	21	75.00%
Medio	7	25.00%
Bajo	0	0.00%
Total	28	100.00%

Fuente: elaboración propia

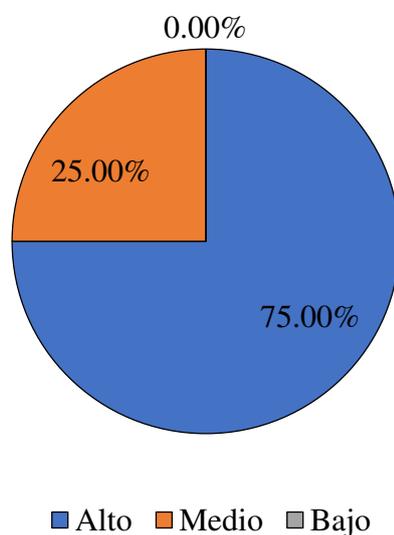


Figura 6. Niveles de la seguridad desde la comunicación en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito

Fuente: elaboración propia

4.1.1.4. Frecuencia de sucesos notificados

En la tabla 9 y la figura 7 se observan los niveles de la frecuencia de sucesos notificados en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito, en el año 2020. Un 10.71% de los encuestados consideraron que el nivel es alto; el 89.29%, medio; y un 0%, bajo.

Tabla 9

Niveles de la frecuencia de sucesos notificados en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (hi)
Alto	3	10.71%
Medio	25	89.29%
Bajo	0	0.00%
total	28	100.00%

Fuente: elaboración propia

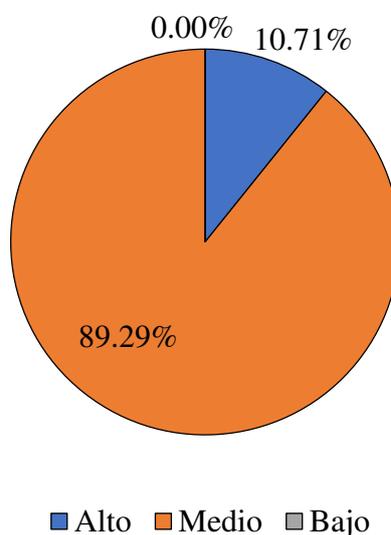


Figura 7. Niveles de la frecuencia de sucesos notificados en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito

Fuente: elaboración propia

4.1.1.5. La seguridad a nivel de la clínica

En la tabla 10 y la figura 8 se aprecian los niveles de la seguridad a nivel de la Clínica Dr. Luis Quito en el año 2020. Un 82.14% de los encuestados consideraron que el nivel es alto; el 17.86%, medio; y un 0%, bajo.

Tabla 10

Niveles de la seguridad en la Clínica Dr. Luis Quito percibido por el personal del Servicio de Radiología

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (hi)
Alto	23	82.14%
Medio	5	17.86%
Bajo	0	0.00%
total	28	100.00%

Fuente: elaboración propia

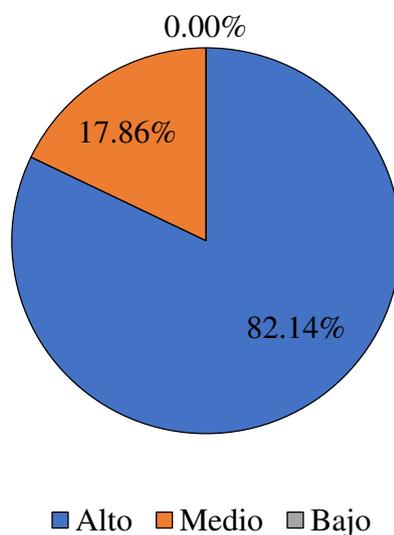


Figura 8. Niveles de la seguridad de la Clínica Dr. Luis Quito percibido por el personal del Servicio de Radiología

Fuente: elaboración propia

4.1.2. Toma de decisiones

En la tabla 11 y la figura 9 se observan los niveles de la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito, en el año 2020. Un 85.71% de los encuestados percibieron un nivel alto; el 14.29%, medio; y 0%, bajo.

Tabla 11

Niveles de la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito

Niveles	Frecuencia (fi)	Porcentaje (hi)
Alto	24	85.71%
Medio	4	14.29%
Bajo	0	0.00%
Total	28	100.00%

Fuente: elaboración propia

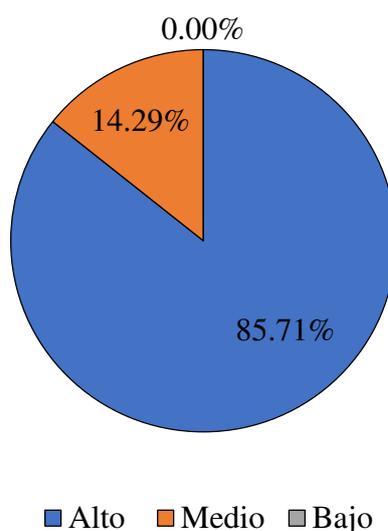


Figura 9. Niveles de la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito

Fuente: elaboración propia

4.2. Prueba de Hipótesis

4.2.1. Prueba de hipótesis general

Hi. Existe una relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Ho. No existe una relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

La prueba de la hipótesis se realizó empleando el coeficiente de correlación de Spearman (ρ). Los resultados mostraron un valor $p = 0.005 > \alpha = 0.05$ (Véase la tabla 12). Por consiguiente, rechazamos la hipótesis nula, es decir, existen evidencias suficientes para determinar la relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019. Asimismo, se obtuvo un valor $\rho = 0.514$, confirmando que existe una correlación positiva moderada. Véase la tabla 12.

Tabla 12

Relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito.

	Rho de Spearman	Cultura de la Seguridad	Toma de decisiones
Cultura de la Seguridad	Coeficiente de correlación	1,000	,514**
	Sig. (bilateral)	.	,005
	N	28	28
Toma de decisiones	Coeficiente de correlación	,514**	1,000
	Sig. (bilateral)	,005	.
	N	28	28

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

Fuente: elaboración propia

4.2.2. Prueba de hipótesis específica

4.2.2.1. Prueba de hipótesis Específica 1

Hi. Existe una relación entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Ho. No existe una relación entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

La prueba de la hipótesis se realizó empleando el coeficiente de correlación de Spearman (rho). Se obtuvo un valor $p = 0.005 > \alpha = 0.05$ (Véase la tabla 13). Por consiguiente, rechazamos la hipótesis nula, es decir, existen evidencias suficientes para determinar la relación entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019. Asimismo, se obtuvo un valor $\rho = 0.514$ que se interpreta como una correlación positiva moderada. Véase la tabla 13.

Tabla 13

Relación entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito.

Rho de Spearman		Seguridad en el área del trabajo	Toma de decisiones
Seguridad en el área del trabajo	Coefficiente de correlación	1,000	,514**
	Sig. (bilateral)	.	,005
	N	28	28
Toma de decisiones	Coefficiente de correlación	,514**	1,000
	Sig. (bilateral)	,005	.
	N	28	28

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

Fuente: elaboración propia

4.2.2.2. Prueba de hipótesis específica 2

Se procedió a enunciar la hipótesis:

Hi. Existe una relación entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Ho. No Existe una relación entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

La prueba de la hipótesis se realizó empleando el coeficiente de correlación de Spearman (ρ). Se obtuvo un valor $p = 0.069 > \alpha = 0.05$ (Véase la tabla 14). Por lo tanto, no rechazamos la hipótesis nula, debido a que no existen evidencias suficientes para determinar la relación entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019. Véase la tabla 14.

Tabla 14

Relación entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito

Rho de Spearman		Seguridad brindada por la dirección	Toma de decisiones
Seguridad brindada por la dirección	Coeficiente de correlación	1,000	,348
	Sig. (bilateral)	.	,069
Toma de decisiones	N	28	28
	Coeficiente de correlación	,348	1,000
	Sig. (bilateral)	,069	.
	N	28	28

Fuente: elaboración propia

4.2.2.3. Prueba de hipótesis Específica 3

Se procedió a enunciar la hipótesis:

Hi. Existe una relación entre la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Ho. No existe una relación entre la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

La prueba de la hipótesis realizada con el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) muestra un valor $p = 0.003 > \alpha = 0.05$ (Véase la tabla 15). Por lo cual, rechazamos la hipótesis nula, es decir, se puede afirmar que existen evidencias suficientes para determinar que existe una relación entre la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019. Además, se obtuvo un valor $\rho = 0.540$ que se interpreta como una correlación positiva moderada. Véase la tabla 15.

Tabla 15

Relación entre la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito.

Rho de Spearman		Seguridad desde la comunicación	Toma de decisiones
Seguridad desde la comunicación	Coeficiente de correlación	1,000	,540**
	Sig. (bilateral)	.	,003
	N	28	28
Toma de decisiones	Coeficiente de correlación	,540**	1,000
	Sig. (bilateral)	,003	.
	N	28	28

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

Fuente: elaboración propia

4.2.2.4. Prueba de hipótesis Específica 4

Se procedió a enunciar la hipótesis:

Hi. Existe una relación entre la frecuencia de sucesos notificados y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Ho. No existe una relación entre la frecuencia de sucesos notificados y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

La prueba de la hipótesis se llevó a cabo empleando el coeficiente de correlación de Spearman (ρ). Se obtuvo un valor $p = 0.278 > \alpha = 0.05$ (Véase la tabla 16). En consecuencia, no rechazamos la hipótesis nula, debido a que no existen evidencias suficientes para determinar la relación entre la frecuencia de sucesos notificados y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019. Véase la Tabla 16.

Tabla 16

Relación entre la frecuencia de sucesos notificados y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito.

Rho de Spearman		Frecuencias de sucesos notificados	Toma de decisiones
Frecuencias de sucesos notificados	Coeficiente de correlación	1,000	,213
	Sig. (bilateral)	.	,278
	N	28	28
Toma de decisiones	Coeficiente de correlación	,213	1,000
	Sig. (bilateral)	,278	.
	N	28	28

Fuente: elaboración propia

4.2.2.5. Prueba de hipótesis Específica 5

Se procedió a enunciar la hipótesis:

Hi. Existe una relación entre la seguridad desde la clínica y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Ho. No existe una relación entre la seguridad desde la clínica y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

La prueba de la hipótesis se realizó empleando el coeficiente de correlación de Spearman (ρ). Se obtuvo un valor $p = 0.017 > \alpha = 0.05$ (Véase la tabla 17). Por lo cual, rechazamos la hipótesis nula, en efecto, se puede afirmar que existen evidencias suficientes para determinar que existe una relación entre la seguridad a nivel de la clínica y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019. Asimismo, se obtuvo un valor $\rho = 0.446$ que se interpreta como una correlación positiva moderada. Véase la Tabla 17.

Tabla 17

Relación entre la seguridad a nivel de la clínica y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito.

Rho de Spearman		Seguridad a nivel de la clínica	Toma de decisiones
Seguridad a nivel de la clínica	Coeficiente de correlación	1,000	,446*
	Sig. (bilateral)	.	,017
	N	28	28
Toma de decisiones	Coeficiente de correlación	,446*	1,000
	Sig. (bilateral)	,017	.
	N	28	28

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: elaboración propia

V. Discusión de Resultados

Con base en los hallazgos se pudo determinar el predominio del nivel alto (82.14%) de la variable de la cultura de seguridad en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito en el año 2020. Asimismo, la mayoría de las dimensiones de la cultura de la seguridad presentaron el predominio del nivel alto: seguridad en el área de trabajo (82.14%); la seguridad brindada por la dirección (96.43%); la seguridad desde la comunicación (75%); la seguridad a nivel de la clínica (82.14%). Sin embargo, la dimensión frecuencia de sucesos notificados tuvo un predominio del nivel medio 89.29% seguido del nivel alto 10.71%. Con respecto a la variable toma de decisiones en el personal del Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito, tuvo un predominio del nivel alto (85.71%) seguido del nivel medio (14.29%).

Al llevar a cabo la prueba de la hipótesis general se pudo determinar la existencia de una relación positiva moderada entre la variable cultura de la seguridad en los pacientes y la toma de decisiones (valor $p = 0.005$). Además, se pudo establecer la relación entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones (valor $p = 0.005$); la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones (valor $p = 0.003$); la seguridad a nivel de la clínica y la toma de decisiones (valor $p = 0.017$). Por el contrario, no se pudo establecer una relación entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones (valor $p = 0.069$); y en la frecuencia de sucesos notificados y la toma de decisiones (valor $p = 0.278$).

La cultura de la seguridad es un conjunto de valores, actitudes, percepciones y patrones de conducta de los individuos de la organización. Por ello, es esencial para generar una disminución y recurrencia de incidentes (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 18-19). En ese sentido, puede explicarse la correlación positiva media de la cultura de la seguridad del paciente con la toma de decisiones debido a que están

asociados a patrones de conducta que son necesarias para un adecuado desenvolvimiento profesional. Por otra parte, no se encontró una relación entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones; probablemente se deba a que existe un protocolo que debe ser asumido por el profesional sin que pueda tomar decisiones. Asimismo, no se halló una relación entre la frecuencia de sucesos notificados y la toma de decisiones; probablemente se deba a los escasos incidentes que ocurren y son notificados, por lo que carecería de una constante toma de decisiones por parte del personal.

Respecto a los estudios que abordan la temática, existen una serie de coincidencias y discrepancias.

Discrepamos con Aguilar (2018), cuya investigación determinó la cultura de seguridad del paciente en los servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia-ESSALUD, Piura-2018. Si bien sus hallazgos encontraron que la dimensión trabajo es positiva (75%). Y las dimensiones expectativas y acciones de la dirección (61.6%) y percepción de seguridad (57.4%) obtuvieron un nivel medio. Hubo dimensiones con un nivel bajo como: los problemas generados por el cambio de turno (47.7%); dotación de personal (48.3%) y frecuencia de eventos adversos notificados (46.5%). El autor concluyó que existe un predominio del nivel bajo de la percepción de la cultura de seguridad del paciente.

Divergimos con Chuquitapa y Lucy (2016), cuya investigación se propuso describir la cultura de la seguridad del paciente en el Servicio de Recuperación y Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Dos de Mayo. Sus resultados demostraron la presencia de dimensiones negativas como: la comunicación e información al personal sobre los errores de la unidad (66.7%) y grado de apertura de la comunicación (88.9%). Los autores concluyeron que existen aspectos negativos que deben ser abordados para mejorar la cultura de seguridad del paciente.

Discrepamos con Dávila (2018), su trabajo tuvo como propósito establecer la cultura de seguridad del paciente del Centro Quirúrgico del C.M.I. Juan Pablo, Villa El Salvador. Los resultados demostraron que existen déficits en los niveles de las dimensiones de la cultura de la seguridad.

Los hallazgos son coincidentes parcialmente con Minaya (2018), cuya investigación se propuso describir la cultura de la seguridad del paciente y la toma de muestra de sangre en el personal que se desempeña en el área de laboratorio de la Red de Salud Huaral – Chancay, 2016. Los resultados demostraron que existe un predominio de la percepción regular.

Diferimos con Mundo (2018), su trabajo tuvo como propósito contrastar la cultura de seguridad del paciente basado en la percepción del personal del Servicio de Hospitalización y Servicio de Emergencia de una Clínica Privada en Lima, en el año 2018. Sus hallazgos establecieron que en el servicio de emergencia existió un predominio del nivel medio de la cultura de la seguridad del 90 % y en el servicio de hospitalización del 100%.

Concordamos con Arias y Gómez (2017), su investigación tuvo como propósito determinar los enfoques relacionados a la cultura de la seguridad del paciente. Los autores identificaron dos enfoques conceptuales: el funcionalista y el antropológico. Asimismo, identificaron el predominio del enfoque funcionalista que está ligado a instrumentos de medición. En ese sentido, el presente estudio corroboró dichas afirmaciones y empleó el enfoque funcionalista.

Coincidimos con Camargo *et al*, (2014), su investigación tuvo como propósito describir los principales aspectos de la literatura científica relacionado a la seguridad de los pacientes, la cultura de la organización y la gestión de la seguridad. El autor identificó el predominio de las publicaciones norteamericanas (50.9%). Corroboramos que existe dicho

predominio, dado que el instrumento empleado para el presente estudio fue elaborado y traducido por la *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) de los EE.UU. (Alfonso *et al.*, 2014, p. 53).

Concordamos parcialmente con Pariona (2018), en su investigación tuvo como objetivo describir la cultura de seguridad del paciente referente a la unidad de cuidados intensivos quemados del Instituto Nacional de Salud del Niño, en el año 2018. Los resultados demostraron que el 22 % del personal percibieron un nivel alto de cultura de seguridad del paciente, el 66% del personal un nivel medio, y un 12% de los trabajadores un nivel bajo.

Coincidimos con Vergara (2017), cuyo tirajo se propuso determinar la relación de la cultura de seguridad del paciente y la toma de decisiones en los servicios de en los Servicios de Cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, en el año 2017. Los resultados demostraron el predominio de la una cultura de seguridad buena (48.04%), seguida de un nivel excelente (27.45%), prosigue el nivel aceptable (18.63%), y un nivel pobre (5.88%). En cuanto a la variable toma de decisiones, existe un predominio del nivel alto (54.90%), seguido de un nivel bajo (45.10%). Asimismo, el autor halló una relación estadísticamente significativa entre las variables cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones ($\rho = 0.612$).

Coincidimos con Gómez *et al.*, (2011), cuya investigación se propuso describir la percepción de la cultura de la seguridad de las instituciones prestadoras en los servicios de salud del tercer nivel en Bogotá-Colombia. Los resultados demostraron que existe una percepción adecuada respecto la cultura de la seguridad del paciente.

Concordamos con Soria (2012), cuyo trabajo tuvo como propósito determinar la cultura de la seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales

(UCIN). Los resultados demostraron el predominio del nivel adecuado en la cultura de la seguridad.

Coincidimos de forma parcial con Vasco (2017), cuyo trabajo se propuso analizar la cultura seguridad del paciente en el Área de Enfermería de un hospital en España. Con relación a las expectativas y acciones que favorecen la seguridad, existió el predominio de los niveles adecuados (60.8%). Asimismo, referente a la franqueza en la comunicación, existieron niveles altos (50.35%). En relación al trabajo en equipo entre unidades, existe un predominio del nivel adecuado (43.75%). Respecto a los problemas en cambios de turnos y transiciones entre unidades, existe un predominio positivo (46.94%). Por el contrario, en relación a la dotación del personal, existe un predominio de la percepción negativa (61.85%). Respecto al apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente existe el predominio de la percepción desfavorable (40.94%).

VI. Conclusiones

Primera. Existe una relación positiva moderada entre la cultura de la seguridad del paciente con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Segunda. Existe una relación positiva moderada entre la asociación de la seguridad en el área de trabajo con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Tercera. No existe una relación entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Cuarta. Existe una asociación positiva moderada entre la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Quinta. No existe una relación entre la frecuencia de sucesos notificados y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

Sexta. Existe una relación positiva moderada entre la seguridad a nivel de la clínica y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.

VII. Recomendaciones

Primera. Consideramos que se debe implementar un programa de cultura de la seguridad del paciente orientado a la toma de decisiones en el servicio de radiología de la Clínica. Se puede desarrollar como parte de las acciones que promueve la dirección. De esta manera, se articulará con los protocolos de seguridad y se mantendrá los niveles adecuados de la cultura de la seguridad del paciente.

Segunda. Se recomienda actualizar constantemente los protocolos de seguridad en el área de trabajo del servicio de radiología. Puede desarrollarse por los responsables del área. De esta manera, se mantendrá al personal actualizado de los protocolos de seguridad.

Tercera. Se recomienda a la dirección implementar la evaluación constante de la cultura de la seguridad a nivel institucional. Puede realizarse por medio del instrumento cultura de la seguridad en los pacientes, empleado en el presente estudio. De este modo, se podrá conocer la situación de la cultura de la seguridad en la organización.

Cuarta. Se recomienda fortalecer los mecanismos de seguridad desde la comunicación a nivel institucional. Puede lograrse como una directriz de la gestión de la organización. Así se puede disminuir posibles riesgos por errores o falta de la comunicación.

Quinta. Se recomienda mejorar los procesos de incidencia de los sucesos notificados. Puede desarrollarse como una opción en la base de datos de la clínica. De esta forma, se podrá avizorar posibles incidencias a largo plazo.

Sexta. Dentro de los procesos de gestión administrativa se recomienda incluir la cultura de la seguridad del paciente. Se puede incluir dentro del diseño organizacional y funciones del departamento administrativo. De esta manera, se reducirían las posibles incidencias de forma significativa.

VIII. Referencias

- Abreu, J. (2012). Hipótesis, método y diseño de investigación (hypothesis, method & research design). *Daena: International Journal of Good Conscience*, 7(2), 187-197. Obtenido de [http://www.spentamexico.org/v7-n2/7\(2\)187-197.pdf](http://www.spentamexico.org/v7-n2/7(2)187-197.pdf)
- Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud. (2016). *Cuestionario sobre la de seguridad de los pacientes*. Rockville-USA: Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud (AHRQ). Obtenido de https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/resources/hospform_sp.pdf
- Aguilar, A. (2018). *Cultura de Seguridad del Paciente según percepción de las enfermeras de los Servicios de Medicina y Emergencia del Hospital III José Cayetano Heredia – ESSALUD Piura, febrero 2018*. Piura, Perú: Universidad Nacional de Piura.
- Alfonso, J., Vázquez, P., Jaramillo-, C., Olvera, L., Burgos, L., Pastrana, A., y Real, F. (2014). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. *19(2)*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4760799.pdf>
- Andrés, J., Remón, C., Burillo, J., y Solves, J. (2008). *Gestión sanitaria: calidad y seguridad de los pacientes*. Ediciones Díaz de Santos.
- Arias-, J., y Gómez, R. (2017). La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. *CES Medicina*, 31(2), 179-190. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2611/261152682008.pdf>
- Arocena, F., y Ceballos, J. (2006). Diferencias individuales en el manejo del tiempo: algunas relaciones con la toma de decisiones y el conflicto. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 22(2). Obtenido de

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35864140/04_Separata_Diferencias_individuales_en_el_manejo_del_tiempo_publicado_2006.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDiferencias_individuales_en_el_manejo_de.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-

- Becerra, L. (2012). Aproximación a un concepto actualizado de la procrastinación. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 5(2), 85-94. Obtenido de <https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/249/217>
- Bonmatí, L., Moreno, E., y Garmendia, F. (2004). *Formación, futuro y código de conducta en radiología*. Ed. Médica Panamericana.
- Bonome, M. (2010). *La Racionalidad en la toma de Decisiones: Análisis la Teoría de la decisión de Herbert A. Simón*. Netbiblo.
- Bustos, F., y Prats, J. (2013). *Análisis y problemas en la toma de decisiones*. Ediciones Díaz de Santos.
- Camargo, G., Queiroz, A., Silvestre, N., y de Camargo, A. (2014). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería global*, 13(33), 336-348. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n33/revision1.pdf>
- Carmona, A. (1997). *Toma de decisiones: análisis y entorno organizativo* (Vol. 53). Univ. Politèc. de Catalunya.
- Castejón, M. (2018). *Seguridad clínica en los servicios de emergencias pre hospitalarios*. Elsevier.
- Chuquitapa, M., y Lucy, 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*. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Especialidad en Enfermería en Centro Quirúrgico. Obtenido de

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5301/Martinez_chv.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cotanda, F. (1998). *Manual de administración y gestión sanitaria*. Ediciones Díaz de Santos.

Dávila, L. (2018). *Percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del centro quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018*. Lima, Perú: Universidad Cesar Vallejo. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/35471/D%c3%a1vila_LLJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

De Gracia, Y. (2016). *La seguridad del paciente en el laboratorio clínico: estrategias de mejora en la identificación del paciente y sus muestras biológicas. Tesis Doctoral*. Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/44289/1/T39130.pdf>

De Heredia, R., Arocena, F., y Gárate, J. (2004). Decision-making patterns, conflict styles, and self-esteem. *Psicothema*, 16(1), 110-116. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/727/72716118.pdf>

Díaz, J., Alva, W., Polido, M., Zuñiga, C., y Díaz, K. (2018). *Investigación Científica; el proyecto de tesis y la tesis*. Lima-Perú: Línea Gráfica Solución e Ideas EIRL.

Dorchy, A. (2018). *Acaba con la procrastinación, las claves para gestionar tu tiempo*. Salud y bienestar, 50 minutos.es.

Estrada, M. (2015). *Manejo de problemas y toma de decisiones* (Vol. 8). Editorial El Manual Moderno.

Franco, A. (2006). *Fundamentos de seguridad al paciente para disminuir errores médicos*. Universidad del Valle.

- Gálvez, M. (2017). Inteligencia Artificial en Radiología: ¿Seremos reemplazados por las máquinas? *Revista chilena de radiología*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchradiol/v23n3/art01.pdf>
- García, E. (2015). *¿Por qué la Cultura es la Clave para la Seguridad del Paciente?* - Ezequiel García. Obtenido de Organización para la Excelencia de la Salud: <https://www.youtube.com/watch?v=TIUXcrkRXng>
- Gómez, O., Arenas, W., González, L., Garzón, J., Mateus, E., y Soto, A. (2011). Cultura de seguridad del paciente por personal de enfermería en Bogotá, Colombia. *Ciencia y enfermería*. *Ciencia y Enfermería XVII*, 17(3), 97-111. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art09.pdf>
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Editorial Brujas.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A.
- Icart, M., Fuentelsaz, C., y Pulpón, A. (2006). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina*. UBe Salut Pública, 1.
- Isaksson, U., y Hajdarević, S. (2014). Validity and reliability testing of the Swedish version of Melbourne Decision Making Questionnaire. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(2), 405-412. Obtenido de <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:634463/FULLTEXT01.pdf>
- Jaramillo, I., y Ramírez, R. (2006). *Método y conocimiento: metodología de la investigación: investigación cualitativa/investigación cuantitativa*. Universidad Eafit.

- Luna, A., y Laca, F. (2014). Patrones de toma de decisiones y autoconfianza en adolescentes bachilleres. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(1), 39-66. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/psico/v32n1/a02v32n1.pdf>
- Merino, M. (2012). *La seguridad del paciente un reto para la asistencia sanitaria*. España: Rc Libros.
- Minaya, G. (2018). *Cultura de seguridad del paciente y toma de muestra de sangre del personal en los laboratorios de la Red de Salud Huaral–Chancay, 2016. Tesis de maestría en Gestión de Servicios de Salud*. Lima: Universidad Cesar Vallejo. Escuela de Posgrado. Obtenido de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/12741>
- Ministerio de Salud; Dirección General de Salud de las Personas. (2006). *Sistema de gestión de la calidad en salud*. Lima-Perú: Ministerio de Salud. Obtenido de http://spij.minjus.gob.pe/graficos/peru/2006/junio/02/N_520-2006-MINSA_02-06-06_.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Obtenido de <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>
- Mundo, M. (2018). *Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial del servicio de emergencia y hospitalización de una clínica privada-lima 2018*. Lima, Perú: Universidad César Vallejo. Escuela de Posgrado. Obtenido de <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/569859>
- Muntané, J. (2010). Introducción a la Investigación Básica. *RAPD*, 33(3), 221 - 227. Obtenido de <https://www.sapd.es/revista/2010/33/3/03/pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. La Investigación en Seguridad del Paciente. Mayor conocimiento para una atención más segura*. Francia: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/ps_research_brochure_es.pdf
- Ortega, C. (2016). *El proceso de toma de decisiones vinculado a la inteligencia emocional como herramienta de gestión dentro de las organizaciones empresariales. Tesis doctoral*. Cataluña - España: Universitat Internacional de Catalunya. Obtenido de <https://www.tdx.cat/handle/10803/398649>
- Pariona, S. (2018). *Cultura de seguridad del paciente en la unidad de cuidados intensivos quemados-Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja 2018*. Lima, Perú: Universidad César Vallejo. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/23105/Pariona_RSL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ríos, J. (2013). *Economía y Financiamiento de la Salud*. Editorial Dunken.
- Rocco, C., y Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795. Obtenido de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0716864017301268?token=AD2FB8D8F23803DB4B9CA4C73E42BF205570CA28740DBF4739C63D6684234D00A10F198DDD76DFEE47FF74EB1B803EBB>
- RPP. (30 de marzo de 2019). Municipalidad de La Victoria clausuró por 30 días la clínica Dr. Luis Quito. Obtenido de <https://rpp.pe/lima/actualidad/municipalidad-de-la-victoria-clausuro-por-30-dias-la-clinica-dr-luis-quito-noticia-1189113>
- Rubén, F. (2015). *Cultura de Seguridad Radiológica: Actualidad y Retos para en los Sistemas de Salud*. 2015. Obtenido de

<http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/viewPaper/1451>

Salkind, N. (1999). *Métodos de investigación*. Pearson Educación.

Saturno, P., Gama, Z., Sousa, S., Oliveira, A., Miranda, Y., y Ferreira, M. (2008). *Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Soria, E. (2012). *Cultura de la seguridad del paciente en una unidad de cuidados intensivos neonatales*. Obtenido de

http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/soria_etelvina_del_milagro.pdf

Vasco, I. (2017). *Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del Hospital de Mérida. Tesis Doctoral*. España: Universidad de Extremadura.

Obtenido de

http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/6153/TDUEX_2017_Vasco_Gonzalez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vergara, F. (2017). *Cultura de seguridad del paciente y toma de decisiones en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo, 2017. Tesis de Maestría*. Lima, Perú:

Universidad César Vallejo. Maestría en Gestión de los Servicios de Salud. Obtenido de

<http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/7050>

IX. Anexos

Anexo 1-Matriz de Consistencia

Cultura de seguridad y toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito-2019

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Método
<p>General ¿Cómo la cultura de la seguridad del paciente se relaciona con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito en la Sede Grau en el año 2019?</p> <p>Específicos ¿De qué forma se relaciona la seguridad en el área de trabajo con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito en la Sede Grau en el año 2019?</p> <p>¿En qué medida la seguridad brindada por la dirección se relaciona con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito en la Sede Grau en el año 2019?</p>	<p>General Determinar la relación de la cultura de la seguridad del paciente con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.</p> <p>Específicos Establecer la asociación de la seguridad en el área de trabajo con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019. Comparar la relación de la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito,</p>	<p>General Existe una relación entre la cultura de la seguridad del paciente y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.</p> <p>Específicas Hi. Existe una relación entre la seguridad en el área de trabajo y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019. Hi. Existe una relación entre la seguridad brindada por la dirección y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019. Hi. Existe una relación entre la seguridad desde la comunicación y la toma de decisiones en el Servicio de</p>	Cultura de Seguridad del Paciente	<p>Seguridad en el área de trabajo</p> <p>Seguridad brindada por la Dirección</p> <p>Seguridad desde la comunicación</p> <p>Frecuencia de sucesos notificados</p> <p>La Seguridad a Nivel de la clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo • Ritmo y carga del trabajo • Aprendizaje organizacional • Apoyo de los responsables del centro a la seguridad del paciente • Comunicación franca • Seguimiento de la atención a los pacientes • Comunicación sobre el error • Frecuencia de notificación del error descubierto y corregido antes de afectar al paciente • Frecuencia de notificación del error sin potencial de daño al paciente • Frecuencia de notificación del error con potencial daño al paciente • Trabajo en equipo entre unidades /servicios 	<p>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18</p> <p>19, 20, 21, 22</p> <p>23, 24, 25, 26, 27, 28</p> <p>29, 30, 31</p> <p>32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42</p>	<p>Tipo Básica</p> <p>Nivel Correlacional retrospectivo</p> <p>Diseño No experimental</p> <p>Población Censal 28 tecnólogos médicos</p> <p>Instrumento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario sobre la Cultura de la Seguridad en el Paciente • Cuestionario Melbourne sobre Toma de Decisiones

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Método
<p>¿De qué manera la seguridad desde la comunicación se asocia con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito en la Sede Grau en el año 2019?</p> <p>¿Cómo la frecuencia de sucesos notificados se relaciona con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito en la Sede Grau en el año 2019?</p> <p>¿De qué manera la seguridad desde la clínica se relaciona con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito en la Sede Grau en el año 2019?</p>	<p>Sede Grau, en el año 2019.</p> <p>Estudiar la asociación de la seguridad desde la comunicación con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.</p> <p>Establecer la relación de la frecuencia de sucesos notificados con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.</p> <p>Determinar la asociación de la seguridad desde la clínica con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.</p>	<p>Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.</p> <p>Hi. Existe una relación entre la frecuencia de sucesos notificados y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.</p> <p>Hi. Existe una relación entre la seguridad desde la clínica y la toma de decisiones en el Servicio de Radiología la Clínica Dr. Quito, Sede Grau, en el año 2019.</p>	La toma de decisiones	<p>Vigilancia</p> <p>Hipervigilancia</p> <p>Transferencia</p> <p>Procastinación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios • Actitud activa • Optimismo • Decisión bajo presión • Decisión precipitada • Decisión bajo tiempo insuficiente • Trasferir decisión • Evadir decisión • Actitud pasiva • Aplazamiento 	<p>1, 2, 3, 4, 5, 6</p> <p>7, 8, 9, 10, 11</p> <p>12, 13, 14, 15, 16, 17</p> <p>18, 19, 20, 21, 22</p>	

Anexo 2-Cuestionario sobre la Cultura de la Seguridad de los Pacientes

Sexo: _____ Edad: _____

Instrucciones

Esta encuesta recoge sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, incidentes y notificación de sucesos o efectos adversos en su centro, y le llevará unos 10 minutos completarla.

Sus respuestas son anónimas, si prefiere no contestar alguna pregunta, o si la pregunta no se refiere al trabajo que usted desempeña, puede dejarla en blanco.

Nº	Ítems	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy en desacuerdo
1	La gente se apoya una a la otra en esta unidad.					
2	Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.					
3	Cuando se tiene que hacer mucho trabajo rápidamente, trabajamos en equipo de trabajo para terminarlo.					
4	En esta unidad, el personal se trata con respeto.					
5	El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.					
6	Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.					
7	Usamos más personal de agencia/temporal de lo que es lo mejor para el cuidado del paciente.					
8	El personal siente que sus errores son considerados en su contra.					
9	Los errores han llevado a cambios positivos aquí.					
10	Existen protocolos para evitar que errores muy serios ocurran aquí.					
11	Cuando un área en esta unidad está realmente ocupada, otras le ayudan.					
12	Cuando se informa de un incidente, se siente que se reporta el problema y no la persona					
13	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.					

N°	Ítems	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy en desacuerdo
14	El trabajo “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente es poco frecuente.					
15	La seguridad del paciente nunca se sacrifica por hacer más trabajo.					
16	El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.					
17	No tenemos problemas con la seguridad de los pacientes en esta unidad					
18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores que puedan ocurrir.					
19	Mi supervisor/director hace comentarios favorables cuando él/ella ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos de seguridad de los pacientes.					
20	Mi supervisor/director considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.					
21	Cuando la presión se incrementa, mi supervisor/director quiere que trabajemos cuidadosamente, sin simplificar las labores del trabajo.					
22	Mi supervisor/director hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes que ocurren.					
23	La Dirección nos informa sobre los cambios realizados que se basan en informes de incidentes.					
24	El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.					
25	Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.					
26	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					
27	En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.					
28	El personal no tiene miedo en hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.					

N°	Ítems	Muy en Desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy en desacuerdo
29	Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?					
30	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?					
31	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?					
32	La Dirección de este hospital provee de un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
33	Las unidades de este hospital se coordinan bien entre ellas.					
34	La información de los pacientes no se pierde cuando éstos se transfieren de una unidad a otra.					
35	Hay buena cooperación entre las unidades de la clínica que necesitan trabajar juntas.					
36	No se pierde información importante de cuidado de pacientes durante cambios de turno					
37	Frecuentemente es agradable trabajar con personal de otras unidades en este hospital.					
38	No hay problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.					
39	Las acciones de la Dirección de este hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.					
40	La Dirección del hospital está interesada en la seguridad del paciente no sólo después de que ocurre un incidente adverso.					
41	Las unidades de la clínica trabajan bien juntas para proveer el mejor cuidado para los pacientes.					
42	Los cambios de turnos no generan problemas para los pacientes en la clínica					

Fuente: Con base en la Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud,

2016.

Anexo 3-Cuestionario sobre Toma de Decisiones de Melbourne

N°	Ítems	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Me gusta considerar todas las alternativas					
2	Intento encontrar las desventajas de cada alternativa					
3	Tomo en consideración cuál sería la mejor manera de llevar adelante una decisión					
4	Cuando tomo decisiones me gusta reunir cantidad de información					
5	Intento ser claro en mis objetivos antes de elegir					
6	Tomo muchas precauciones antes de elegir					
7	Siempre que afronto una decisión difícil no me desanimo en encontrar una buena solución					
8	No siento presión del tiempo cuando tomo decisiones					
9	La posibilidad de que alguna cosa de poca importancia pudiera salir mal no me hace cambiar bruscamente en mis preferencias.					
10	Puedo pensar correctamente si tengo que tomar decisiones apresuradas					
11	Después de tomar una decisión, no pierdo el tiempo convenciéndome a mí mismo de que era correcta					
12	No evito tomar decisiones					
13	Me gusta tomar decisiones					
14	Confío en mi capacidad de tomar una decisiones					
15	Me gusta asumir la responsabilidad de tomar decisiones					
16	Si una decisión podemos tomarla otra persona o yo, trato de tomar la decisión					
17	Prefiero que las personas que están mejor informadas decidan por mí					
18	No pierdo el tiempo en cuestiones triviales de menor importancia antes de llegar a la decisión final					
19	Después de haber tomado una decisión, no retraso en ponerla en práctica					
20	Cuando tengo que tomar una decisión, no espero mucho tiempo porque empiezo a pensar en ello					
21	No retraso la toma de decisiones para evitar que sea demasiado tarde					
22	No aplazo tomar decisiones					

Fuente: Con base en De Heredia, *et al.*, 2004, p. 113.

Anexo 4-Confiability del Cuestionario de Cultura de la Seguridad

Encuestas	Ítems																																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2													
1	4	4	4	5	4	4	3	5	4	5	4	4	5	5	5	3	5	4	5	5	3	4	4	5	3	4	4	4	4	2	3	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	3			
2	3	3	3	5	4	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4	4	4	5	5	3	3	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	4		
3	4	3	3	5	5	4	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	5	5	4	5	4	5	4	4	5	4	5	4	4	
4	4	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	3	4	3	3	3	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	
5	4	3	4	4	5	4	4	4	5	4	4	3	4	5	5	4	5	3	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	5	4	4	4	5	4	5	4	4	
6	4	3	3	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	3	3	3	4	5	5	3	4	3	4	3	5	4	5	4	4	4	5	3	5	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	
7	4	3	4	4	4	5	3	4	5	5	4	3	4	5	5	3	4	5	4	5	5	5	4	4	4	3	4	5	3	3	3	5	3	5	4	4	3	4	5	5	5	5	5		
8	5	5	4	5	4	4	4	4	5	5	4	3	5	3	5	4	4	5	5	5	4	5	4	4	3	4	4	4	3	3	4	5	4	4	4	4	3	4	5	5	5	5	4		
9	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	3	4
10	4	4	3	5	4	5	3	3	5	5	4	3	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	4	4	3	4	4	4	3	4	4	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4
11	5	4	4	5	4	5	3	4	5	4	4	3	4	4	3	4	4	5	5	5	4	4	4	3	3	3	4	5	4	3	4	5	4	5	5	4	4	4	4	5	5	4	4	4	
12	4	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3
13	5	3	3	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	3	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	3	3	4	5	4	5	5	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4
14	5	5	2	4	3	4	3	3	5	5	4	4	5	5	5	3	4	5	5	5	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	5	3	4	5	4	4	4	4	5	4	5	4	4	
15	5	5	3	5	5	5	3	4	4	5	4	4	3	5	3	3	5	5	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4	3	4	4	4	5	5	5	4	4	3	5	4	4	4	4	4	
16	4	4	4	5	5	4	4	4	5	4	4	3	5	4	5	4	4	5	4	5	5	5	4	4	3	3	4	4	3	3	3	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	5	4	4	
17	4	3	3	4	5	4	4	3	5	4	3	3	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	3	4	5	4	4	3	3	3	5	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4
18	5	4	3	5	5	4	4	4	5	4	4	3	5	4	3	4	4	5	5	5	4	4	4	3	4	5	4	4	3	3	3	5	4	5	5	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4
19	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
20	4	4	3	4	4	5	4	4	3	3	4	4	4	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	3	4	5	5	2	2	4	5	4	4	4	3	4	5	5	4	5	5	4	5	5
21	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	4	5	3	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	3	2	4	5	3	5	5	4	3	4	5	4	5	5	5	
22	5	5	3	5	4	5	4	4	5	4	3	4	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	3	5	4	4	4	5	2	2	4	5	4	5	5	4	4	4	5	4	4	5	4	5	4
23	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	4	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	4	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
24	4	3	4	5	5	4	3	4	4	5	3	4	4	3	4	4	4	5	5	5	4	4	4	3	4	4	4	3	2	4	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	
25	4	3	4	5	5	4	4	5	5	4	3	5	5	5	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	3	4	5	4	3	3	5	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	4	4	4

Formula del Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

K	Numero de Ítems	42
S_i^2	Sumatoria de varianzas de los ítems	17.8752
S_t^2	Varianza de la suma de los ítems	252.8576
α	Coefficiente de Cronbach	0.951973277

Anexo 5-Confiabilidad del Cuestionario sobre Toma de Decisiones de Melbourne

Encuesta	Ítems																					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	4	5	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	4
2	4	4	5	4	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	3	4	4
3	4	4	5	4	4	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	4	4	5
4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	3	5	4	5	4	3	4	4
5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5
6	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	5	3	4	4	4
7	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	3	4	4	5	4	4	4	4
8	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4
9	4	4	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3	3	4	3
10	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4
11	5	5	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	5	5	4	5
12	3	4	4	4	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	3	4	4	3
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	5	4	4	4	4
14	4	5	4	5	4	5	4	4	4	5	4	5	4	4	4	5	4	4	4	3	4	4
15	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4	3	5	4	5	5	4	4	4
16	3	5	4	5	5	5	4	3	4	4	5	4	4	4	4	5	4	5	5	3	5	5
17	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	3	3	4	3	4	3	3	3	3	4	3
18	3	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4
19	3	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	5	5	4	5	4	5	4
20	4	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	5	5
21	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4
22	3	4	5	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	5
23	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4
24	4	5	5	5	4	5	4	5	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4	4	3	4	4
25	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4

Formula del Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right)$$

K	Numero de Ítems	22
Si ²	Sumatoria de varianzas de los ítems	7.6224
St ²	Varianza de la suma de los ítems	64.96
α	Coefficiente de Cronbach	0.92469153

Anexo 6-Ubicación



(Google Maps, 2019)



Anexo 7-Consentimiento Informado

Yo _____, identificado con número de DNI _____, Acepto de manera voluntaria participar en el estudio:

Cultura de Seguridad y Toma de Decisiones en el Servicio de Radiología de la Clínica Dr. Luis Quito.

He sido informado (a) de todos los procedimientos que se van a realizar, por lo tanto, reafirmo mi participación teniendo en cuenta que conozco todos mis derechos sobre la participación pudiendo hacer uso de ellos cuando sea conveniente.

Tengo conocimiento que la investigación tiene como fin Determinar la relación de la cultura de la seguridad del paciente con la toma de decisiones en el Servicio de Radiología en la Clínica Dr. Quito, Sede Grau.

Estimado personal del Servicio de Radiología, si acepta participar en el estudio le solicito su consentimiento para participar en la investigación y que conteste con la mayor sinceridad las preguntas de los cuestionarios de cultura de la seguridad y el cuestionario de toma de decisiones. Asimismo, la información obtenida confidencial y anónima, solo para fines de la investigación.

Nombre y Firma del investigador

DNI N.º

Nombre y Firma del participante

DNI N.º