



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en
emergencia de una IPRESS de Cajamarca

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Mosqueira Moreno, Roberto Pelayo (ORCID: 0000-0002-6252-1448)

ASESORA:

Dra. Rivera Castañeda, Patricia Margarita (ORCID: 0000-0003-3982-8801)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

CHICLAYO – PERÚ

2020

Dedicatoria

A Dios y la Virgen María, por guiar cada decisión y momento importante de mi vida. A mi esposa Magali Díaz Angulo, mis hijos José Roberto, María Fernanda y Camila Belén, quienes son mi inspiración para seguir adelante, por su apoyo incondicional, su tiempo y comprensión, por ser parte de mis sueños, anhelos y llenar mi vida de alegría, creciendo juntos como familia. A mis padres y hermanos por sus consejos y sabiduría, mostrando siempre su amor y apoyo incondicional.

Roberto

Agradecimiento

Agradecer a Dios y la Virgen María por la vida, por estar presente en cada uno de mis planes. A mi esposa e hijos por ser parte de mis sueños y anhelos, por su comprensión y tiempo. A mis padres y hermanos, que me inculcaron siempre la idea de superación, de unión familiar y servicio a los demás. A mis compañeros de trabajo del Hospital II EsSalud Cajamarca, quienes, a pesar de estar atravesando momentos difíciles por esta pandemia, tuvieron un tiempo para escucharme y hacer posible esta investigación. Finalmente, agradecer a la Universidad Cesar Vallejo por permitirme ser parte de ella y a cada uno de los docentes con quienes compartimos bonitas experiencias, conocimientos y por brindarme su apoyo para seguir adelante.

Roberto

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	17
3.1. Tipo y diseño de investigación	17
3.2. Variables y operacionalización	18
3.3. Población, muestra y muestreo	19
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	20
3.5. Procedimientos	21
3.6. Método de análisis de datos	21
3.7. Aspectos éticos	21
IV. RESULTADOS	22
V. DISCUSIÓN	27
VI. CONCLUSIONES	31
VII. RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS	33
ANEXOS	40

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de la evaluación de la gestión de riesgos	22
Tabla 2. Distribución de la seguridad del paciente en el área de emergencia	23
Tabla 3. Dimensiones evaluación de gestión de riesgos y seguridad del paciente ...	24
Tabla 4. Evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente	25
Tabla 5. Coeficiente evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente ..	26

Índice de figuras

Figura 1. Evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente	58
--	----

Resumen

La gestión de riesgos y la seguridad del paciente son temas de mucha importancia, debido a que los pacientes se encuentran expuestos a eventos adversos y accidentes que son prevenibles, si se cuenta con programas de riesgos adecuados. El estudio presentó como objetivo determinar la relación entre la evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencia de una IPRESS de Cajamarca. Corresponde a una investigación de enfoque cuantitativo, tipo correlacional, diseño no experimental transversal, la población lo conformaron 65 trabajadores asistenciales del servicio de emergencia, se empleó la técnica de la encuesta, y el instrumento fueron dos cuestionarios el primero conformado por 18 ítems que midió la evaluación de la gestión de riesgos y el segundo de 14 preguntas para la seguridad del paciente, los resultados muestran que 61,5% considera que se realiza una evaluación de riesgos regular y 53,8% estableció que la seguridad del paciente es alto. En conclusión, se determinó que existe relación significativa entre la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca con un nivel de significancia $0,000 < 0,05$ y coeficiente de correlación de Spearman ($Rho = 0,624$).

Palabras clave: Seguridad del paciente, gestión de riesgos, incidentes, cultura de seguridad.

Abstract

Risk management and patient safety are matters of great importance, because patients are exposed to adverse events and accidents that are preventable, if adequate risk programs are in place. The objective of the study was to determine the relationship between risk management evaluation and patient safety in emergencies at a Cajamarca IPRESS. Corresponds to a quantitative approach research, correlational type, non-experimental cross-sectional design, the population was made up of 65 emergency service workers, the survey technique was used, and the instrument was two questionnaires, the first consisting of 18 items that were measured the risk management evaluation and the second of 14 questions for patient safety, the results show that 61,5% consider that a regular risk assessment is carried out and 53,8% established that patient safety is high. In conclusion, it was determined that there is a significant relationship between risk management evaluation and patient safety in the emergency area of Cajamarca IPRESS with a significance level of $0,000 < 0,05$ and Spearman's correlation coefficient ($Rho = ,624$).

Keywords: Patient safety, risk management, incidents, safety culture

I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (2019), 1 de cada 10 pacientes sufre daños en una atención hospitalaria, se deben a eventos adversos, lo más alarmante es que cerca del 50% de ellos se pueden prevenir. Siendo demostrado en un estudio de 26 hospitales de 8 países donde los niveles de ingresos fueron bajos y medios, el 8% presentó eventos adversos siendo prevenibles el 83%. Un aproximado de 134 millones de personas experimentan daños cada año como resultados de bajos niveles de seguridad en la atención hospitalaria principalmente en países de bajos y medios ingresos, responsables de 2,6 millones defunciones anuales (OMS, 2019).

A pesar del papel fundamental de la atención de emergencia en la calidad y seguridad general de los servicios de atención médica, el personal de atención médica y los gerentes de calidad que trabajan en los servicios de urgencias parecen seguir siendo desafiados por las iniciativas de seguridad y gobierno del paciente. Donde se presentan entre el 6% y el 8,5% de incidentes que dejan al descubierto problemas de la seguridad del paciente (Amaniyan, Ove, Logan y Vaismoradi, 2020). Además para la Sociedad Española de Directivos de la Salud- SEDISA (2019) las medidas de seguridad son un factor preponderante para los pacientes, donde 9 de cada 10 pacientes elige un hospital por la seguridad asistencial que ofrecen. Pero se estima que del 8 al 12% de los pacientes ingresados en hospitales de la Unión Europea sufren daños adversos. Sin embargo, son evitables y tienen sus raíces en problemas sistemáticos (Vanlanduyt, 2016).

Mientras, González, Pertuz y Expósito (2016) menciona respecto a los riesgos de seguridad como una causa principal de muertes en la población general de todo el mundo; lo mismo sucede con las instituciones de salud que no son inmunes de esta problemática. Por su parte la OMS (2010) establece que la estancia hospitalaria siempre se encuentra expuesta a un riesgo aparte del problema de salud por el que ingresa a ser asistido.

En el Perú, la Contraloría General de la República (2018) indicó que Ministerio de Salud (Minsa) son responsables de evitar el riesgo, teniendo en cuenta que se asegure la calidad de atención hospitalaria.

La Red Asistencial EsSalud Cajamarca, es una Red de Salud tipo C, según Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 656-PE-ESSALUD (2014), tiene asignada una población de 191,331 asegurados. Cuenta con 12 IPRESS a su cargo, dentro de las cuales se encuentra el Hospital II EsSalud Cajamarca, el cual tiene la mayor población adscrita a la Red, correspondiente a 125,204 asegurados, según datos actualizados a marzo del 2020, por la Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas. El Hospital II EsSalud Cajamarca, se encuentra ubicado en la avenida Mario Urteaga sin número, distrito, provincia y departamento de Cajamarca, ha sido categorizado como Hospital II-2, con código número 00010272 y razón social perteneciente al Seguro Social de Salud EsSalud (Resolución Directoral Regional Sectorial N°1997-2019-GR.CAJ/DRSC-DESP, 2019).

La cartera de servicios (oferta), se divide en tres: Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) y Actividades de Atención Directa y/o de Soporte. En las UPSS de Atención Directa, se encuentra la UPSS de Emergencia, la cual cuenta con un área de admisión, tópico de Pediatría, Cirugía, Gineco Obstetricia, Medicina y Trauma Shock; en dicha UPSS el trabajo está influenciado por la cantidad y calidad de pacientes que llegan, los cuales requieren atenciones rápidas y oportunas, en donde muchas veces por la sobrecarga laboral y el estrés del trabajo, se obvian muchos procesos, alterando la calidad de atención al paciente y su seguridad.

Se ha podido observar que la implementación de las directivas en cuanto a seguridad del paciente, ha sido difícil de instaurar en esta UPSS, debido a muchos factores uno de ellos debido a la resistencia al cambio y renuencia del personal, con frases como “nunca en mi vida hice esto, porque lo haré ahora”, o “tengo 40 años trabajando en la institución y nunca llene ese formato, y hasta ahora por no hacerlo, nadie se ha muerto” (EsSalud, 2019).

Otros factores importantes son la falta de equipamiento, equipos biomédicos, mobiliario clínico, electromecánico, el cual se solicita todos los años pero los trámites burocráticos hacen que los procesos se estanquen y no fluyan de la mejor manera, por otro lado la falta de programación en el petitorio y la desigualdad en la distribución de equipos que llegan al Hospital, hace difícil su implementación, se ha visto en emergencia camas sin barandas, no hay chalecos de sujeción, faltan camillas de transporte, etc. No menos importante, la infraestructura deficiente, este Hospital ha sido adaptado en el transcurso de los años, de una construcción de los años 80, realizándose a lo largo de los años adaptaciones a la infraestructura poco técnicas. Con tópicos que no cumplen con las normas técnicas que realmente deben tener, contribuyendo a la disminución de la seguridad de nuestro paciente y de los trabajadores de salud.

En la IPRESS, aún no hay un avance del diagnóstico de la seguridad del paciente en el área de emergencia, porque no hay datos respecto a errores de medicamentos, los usuarios acompañantes y familiares se quejan de errores de tratamiento, o de mal registro del paciente. El problema del estudio queda formulado ¿Cuál es la relación de la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca?

El Hospital II EsSalud Cajamarca, no cuenta con un diagnóstico situacional, evaluación, ni propuesta de gestión de riesgos, por el cual es necesario realizar la investigación, debido a la importancia de la seguridad en la IPRESS. La justificación del estudio se basa en identificar la seguridad del paciente, basado en información que le permita identificar cual es la situación actual del área de emergencias, y como se está manejando los diferentes riesgos a los que se encuentran expuestos los pacientes en la atención de emergencia. Justificación práctica, el estudio genera un beneficio para la institución ya que se encarga de establecer la gestión de riesgos, que implica desde la identificación, calificación, diseño de medidas de mitigación y el seguimiento de los riesgos. Justificación metodológica, la justificación metodológica del estudio se fundamenta en el empleo de un instrumento para medir la seguridad del paciente y junto con él la

gestión de riesgo a fin de mitigar los problemas y riesgos que se determinan en el área de emergencia.

El objetivo General, consiste en determinar la relación entre la evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencias de una IPRESS de Cajamarca 2020. Con la finalidad de conseguir el objetivo del estudio, se establecen los siguientes objetivos específicos: Evaluar la gestión de riesgos en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020, determinar la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020. Relacionar las dimensiones de la evaluación de gestión de riesgos con la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020.

La hipótesis comprende; existe relación entre la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020.

II. MARCO TEÓRICO

Dentro de los estudios en el nivel internacional se tienen:

Gulsum (2019) abordó sobre la relación entre la gestión de riesgos y los incidentes de seguridad del paciente en hospitales del Servicio Nacional de Salud (NHS) Inglaterra, la asistencia sanitaria fue prioritaria, se ajustaron una serie de aplicaciones de las industrias de alto riesgo para minimizar el riesgo de daños. Sin embargo, hay poca evidencia formal para demostrar las relaciones entre esas aplicaciones y sus contribuciones a la seguridad del paciente. Realizó un análisis de correlación para explorar el vínculo entre la gestión de riesgos y los incidentes de seguridad del paciente en los hospitales del NHS Inglaterra. Los resultados revelaron que los hospitales con el nivel más alto de gestión de riesgos informan más incidentes y demuestran una dependencia entre la gestión de riesgos y los datos de incidentes de seguridad del paciente. En contraste, los hospitales con niveles más bajos de gestión de riesgos no demuestran ninguna relación estadísticamente significativa.

Leistikow y Huisman (2018) reconocen que muchas naciones, organizaciones de atención médica y grupos de interés están abordando la cuestión de como los pacientes pueden participar mejor en la elaboración y ejecución de la normativa de seguridad en el paciente. Mirando hacia atrás sobre cómo se ha desarrollado la participación del paciente en la atención médica, podemos extraer lecciones de como involucrar a los pacientes en la seguridad del paciente.

Haas, Gawande y Reynolds (2018) evaluaron los riesgos respecto a la seguridad en la atención hacia el paciente por las expansiones del sistema de salud, encontraron que las expansiones del sistema crean 3 tipos de riesgos de seguridad significativos, a menudo no reconocidos y no abordados, que están relacionados con los cambios en las poblaciones de pacientes, la infraestructura o la configuración de la práctica clínica.

González, Sánchez, Betancourt y Mantilla (2017) tras un estudio realizado en 21 establecimiento de salud en la parte suroeste de Colombia. Que comprendió

un análisis de los diferentes programas que son responsables de una diversidad de metodologías en el manejo de riesgos con la finalidad de promover una conciencia y cultura en todo el personal a cargo de la salud, su pilar se fundamenta en el reconocimiento de la importancia de un sistema seguro y como también favorece la calidad del servicio en la atención de salud. Concluyen que las instituciones deben adoptar e implementar la tecnovigilancia no sólo por cumplir con la normativa exigida, sino es algo más grande; por ejemplo es como una oportunidad de mejoramiento constante y como un método para reforzar la seguridad de sus pacientes.

Sanner, Halford, Vengberg y Röing (2018) en un estudio sobre el dilema del trabajo de seguridad del paciente: percepciones de los gerentes intermedios del hospital. La seguridad del paciente sigue siendo un desafío para la atención médica. Los errores médicos no están disminuyendo, pero continúan mostrando aproximadamente los mismos patrones en Suecia y otros países occidentales. Este estudio de entrevista tiene como objetivo explorar como 27 gerentes intermedios del hospital responsables de la seguridad del paciente que trabajan en un hospital de un recinto universitario sueco perciben esta tarea. Se realizó un análisis cualitativo. Se creó una plantilla de código, y cada código fue explorado en profundidad y resumido en seis categorías. Llegando a la conclusión de que el trabajo de seguridad del paciente tiene baja primacia en los directivos del hospital que no muestra ningún interés real en la seguridad del paciente; los incidentes no se denuncian; y la organización del trabajo de seguridad del paciente es insuficiente y llevada a cabo en la medida en que los recursos estén disponibles.

Otchi, Bannerma y Lartey (2018) realizaron un análisis respecto a la situación de seguridad en el paciente en Ghana, su prioridad se enfocó en evaluar la situación de seguridad del paciente en Ghana, en las 12 áreas de acción de seguridad de los pacientes de la OMS, mediante una encuesta descriptiva de corte transversal, utilizando el cuestionario adaptado de la OMS. Los encuestados fueron seleccionados intencionalmente en función de su posición en los centros de salud y el tipo de información requerida. Los resultados del estudio muestran

la capacidad mediana de camas de los hospitales evaluados fue de 93 (min = 60, máx = 1812). El puntaje más alto del país (94%) fue en el área de acción de conocimiento y aprendizaje en seguridad del paciente, donde todas las instalaciones muestreadas (100%) tenían sistemas para registrar eventos adversos, protocolos específicos para la atención al paciente, etc. 5 de las 12 áreas de acción (política nacional del paciente, infecciones adquiridas en el hospital, seguridad quirúrgica, asociaciones de seguridad del paciente y financiación de la seguridad del paciente) tuvieron puntajes más bajos que el puntaje promedio (66%). La fortaleza clave identificada en el análisis situacional de seguridad del paciente de Ghana fue el conocimiento y el aprendizaje en seguridad del paciente, mientras que la vigilancia de la seguridad del paciente fue el área de acción más débil identificada.

Malicki et al (2017) en un estudio de Seguridad del paciente en radioterapia de haz externo, resultados del proyecto ACCIRAD: estado actual de la evaluación proactiva del riesgo, análisis reactivo de eventos y sistemas de información y aprendizaje en Europa, determinaron que los criterios de evaluación de riesgos están estrechamente asociados con los programas de garantía de calidad. Solo 9/32 países que respondieron (28%) con regulaciones nacionales informaron “requisitos” claros para la evaluación proactiva del riesgo y/o el análisis reactivo del riesgo, con una amplia variabilidad en los métodos de evaluación. La notificación de eventos de error adverso es obligatoria en la mayoría (70%) pero no en todos los países encuestados. Por lo tanto, en la mayoría de los países europeos han tomado medidas para implementar directivas europeas diseñadas para reducir la probabilidad y la magnitud de los accidentes en radioterapia. La variabilidad entre países es sustancial en términos de marcos legales, herramientas.

En Lima, Pérez (2017) arribó a un estudio en el Instituto Materno Perinatal enfocado en la Gestión hospitalaria y cultura de seguridad en el paciente, buscó determinar la relación de la gestión hospitalaria y la cultura de seguridad en el paciente, basado en un estudio descriptivo correlacional, donde aplicó la encuesta a un total de 191 enfermeros encontrando que la gestión del hospital es regular al

igual que la cultura de seguridad, concluyendo que existe una correlación de las variables de estudio en un nivel moderado ($Rho=,683$), por lo tanto a una mejor gestión hospitalaria, mayor cultura de seguridad.

En Chiclayo, Nuñez (2020) en el Hospital Regional Docente las Mercedes buscó conocer el porqué del incremento de los eventos adversos, valorando las fortalezas y oportunidades de la seguridad en el paciente, encuestó a 121 enfermeras, dentro de las oportunidades de mejora encontró; buen trabajo en equipo (68.80%), aprendizaje organizacional porque representa un mejora constante (61.43%), Adecuadas acciones tanto de dirección y supervisión de las diferentes unidades (53.31%), basado en la retroalimentación de errores (51.79%) las debilidades reflejaron: falta de respuesta a los errores (40.77%), sinceridad de la comunicación (39.12%), interés de la gerencia (34.44%) recursos suficientes de personal (29.96%). Respecto a la cultura de seguridad en el servicio sanitario destacaron falta de coordinación y trabajo en equipo entre servicios (36.57%), mal manejo de los cambios de turnos y variaciones de servicios (34.09%).

El estudio se basa en la teoría del enfoque sistemático de Donadecian, que parte de la teoría de sistemas y esta se fundamenta en tres premisas básicas:

- a. Un conjunto de subsistemas conforman un sistema propio, es así que se confirma que dentro de un sistema se pueden encontrar otros más pequeños, que se interrelacionan y complementan.
- b. Apertura de los sistemas.
- c. La estructura es clave para el funcionamiento de un sistema (Chiavenato, 2006, p. 410).

Además, la teoría se centra en la calidad asistencial que requiere tres elementos importantes como: estructura, procesos y resultados, siendo entonces la seguridad hospitalaria parte del primer elemento de un sistema de salud para cumplir con la seguridad de un paciente (Humet & Suñol, 2001). Donde se entiende por seguridad de un paciente a "la reducción del riesgo de daños prevenibles asociados con la atención médica a un mínimo aceptable"

(Vanlanduyt, 2016, p. 2). Si bien esta definición una vez más vincula la seguridad del paciente con un daño innecesario, también se refiere a un mínimo aceptable, lo que indica que debe ser medible y, con suerte, manejable.

El trabajo sistemático sobre la seguridad del paciente comenzó a mediados de la década de 1990 enfocada en la gran preocupación por la calidad y un enfoque específico en el daño. Apareciendo en Gran Bretaña, el desarrollo de la gestión del riesgo clínico, inicialmente dirigido a la reducción de litigios, trajo un nuevo énfasis en el análisis y la reducción de incidentes y eventos dañinos, es así que el objetivo se basó en identificar y contar errores e incidentes y luego encontrar formas de prevenirlos. Del enfoque se reconsideró rápidamente la falta de informes masivos, por los informes médicos, de esta forma surge la necesidad de una visión más amplia que fue proporcionada por conceptos sistémicos y herramientas importadas de la industria (Vincent y Amalberti, 2016).

La seguridad del paciente ha recibido mayor atención desde finales de la década de 1990. La finalidad en sanidad fue construir un sistema de salud más seguro, ya que a partir de 2001 se empezó a documentar problemas de seguridad del paciente y recomendar mejoras en la atención médica para reducir errores. Sin embargo, estos informes y otros estudios de seguridad del paciente probablemente subestiman el alcance de los errores médicos y los daños prevenibles (Farmer, 2016).

El tema de la seguridad no es tema actual, sino que desde hace tiempo que es reconocido porque tiene implicaciones para la salud y la vida del ser humano. Donde las instituciones de salud no están preparadas para agilizar la actuación en las diferentes emergencias donde se expone a muchos pacientes. Siendo una gran preocupación para analistas de riesgos, por el bajo compromiso sobre seguridad (González, Pertuz, & Expósito, 2016).

La mayoría de los enfoques de sistemas, han descubierto que la identificación proactiva de riesgos mediante métodos de análisis de riesgos prospectivos mejora el contexto de seguridad del paciente. La cual surgió de las industrias que adoptaron enfoques de identificación de riesgos basados en

sistemas proactivos para proporcionar sistemas más eficientes y seguros, pero en el campo de la salud se basa principalmente en enfoques reactivos, por el cual se han experimentado algunas limitaciones prácticas adicionales, como el sesgo retrospectivo y el subregistro en la asistencia sanitaria, así como el aumento de los errores médicos (Simsekler, Ward y Clarkson, 2018).

Respecto al diseño arquitectónico de las instalaciones de atención médica, incluida la tecnología y el equipo, y su efecto sobre la seguridad del paciente, se ha convertido en interés para los encargados de la gestión del riesgo. Donde buscan brindar atención médica segura y confiable, la misma que implica cambios en los procesos de atención médica, la cultura de la organización y el entorno físico, este último debe estar alineado con los modelos actuales de prestación de atención para apoyar al personal y los recursos de los que dependen para garantizar la prestación segura de la atención (Charney, 2018).

Las actividades de gestión de riesgos se incorporaron a la salud. Industria del cuidado en respuesta a la creciente negligencia médica, generó costos de seguro. A partir de la década de 1970, la gestión del riesgo, estaba esencialmente compuesta por el aseguramiento de la calidad, enfermeras que realizaban informes de incidentes y tendencias en cuidados críticos hospitalarios, pero hubo poca o ninguna prevención proactiva de actividades de control (Singh y Ghatala, 2012). Para los gestores que tienen el trabajo de examinar los riesgos en el entorno sanitario y al mismo tiempo trabajar con el personal médico para reducir la exposición de manera conjunta. El proceso empieza con la revisión de políticas y procedimientos escritos, y la observación de las funciones cotidianas y de una cultura que promueva la seguridad, el respeto y la responsabilidad (Doherty, 2019).

De esta forma, se ha vuelto vital estandarizar el enfoque de los esfuerzos de los sistemas de salud para mejorar la seguridad, la calidad y la eficiencia de la atención médica. Basado en estrategias para priorizar el riesgo, donde adoptar el enfoque sistemático es primordial para la educación, el uso de herramientas de estratificación de riesgos y el apoyo a la toma de decisiones, o la presentación de

informes de desempeño, han demostrado ser eficaces en la rutina de mejorar la salud (Sharp y Park, 2019). La gestión de riesgos responde a un enfoque estructurado que reconoce la incertidumbre e identifica la amenaza, por medio de las diferentes actividades que realizan el personal y representan un riesgo, entonces las mejoras consisten en establecer diferentes estrategias que buscan mitigar los riesgos, para el cual es necesario recursos de la propia gestión; como equipo multidisciplinario de especialistas, programas, y recursos, así como planes de monitoreo de los riesgos (Di Marco, 2017).

La gestión de riesgos responde a un proceso administrativo que empieza por la planeación y culmina con la asignación de recursos humanos y materiales en una institución, para lograr mitigar los riesgos. Entonces en los recintos hospitalarios se tiene que cuidar que el recurso humano se encuentre en lo mínimo expuesto, para eso se requiere de un despliegue de diversas actividades coordinadas encargadas de la dirección y control de los inherentes a la atención de salud; la gestión del riesgo es como un aliado para el logro y el buen desempeño institucional, asimismo facilitan la toma de decisiones y forman parte del manejo integral de la dirección (Rodríguez, 2016).

La gestión del riesgo se encarga de armonizar los beneficios institucionales teniendo en cuenta reducir costos a causa de los accidentes y con el cual se incrementa las ganancias. Respecto al cumplimiento de los objetivos, es clave porque elimina la incertidumbre pues al reconocer los riesgos se despliega un conjunto de planes que comprenden contrarrestar o evitar el riesgo (Álvarez, Roca, Chau y Pineda, 2012). Los beneficios de la gestión de riesgos son diversos, para un sistema de salud equivale a menores costes, más ganancias, mejor imagen institucional y lo más importante un servicio de calidad para el paciente (Gómiz, 2007). Como una forma de entender la gestión del riesgo, es importante establecer que es el riesgo, el cual es un evento o condición incierta en el futuro que, si ocurre, tiene un impacto positivo (y llamado así una oportunidad) o un impacto negativo (y llamado una amenaza) (Mazin, 2019).

Por lo tanto, la gestión de riesgos es un proceso que implica la identificación, el análisis y la corrección de los factores causantes de los riesgos a los que está expuesto un paciente al momento de recibir un tratamiento o el cuidado. El riesgo siempre va estar presente porque la atención es ejecutada por la actividad humana, la cual puede cometer errores, es por eso que la gestión busca establecer procesos claros con la finalidad de unificar los procesos (Gómez, 2007). Por lo tanto, la asistencia sanitaria por sus propias características siempre va a presentar riesgos en cualquiera de sus elementos, pero eso no significa que no se puede hacer nada, sino por el contrario implica reconocer todo en lo relativo a la atención hospitalaria, por la misma complejidad y diferentes intervenciones, que no están libres incluso en las más simples, además porque representan un riesgo para la vida del paciente (Rosado y Martínez, 2005).

Por su parte Torres, Malta , Zapata y Aburto (2015) mencionan que la gestión de riesgo comprende:

Identificación de eventos de Riesgo: Es una etapa preparatoria que consiste en el reconocimiento de los eventos riesgosos y los problemas del proceso, donde de allí se derivan los problemas.

Si bien es cierto que es difícil reconocer todas las amenazas que enfrenta una entidad de atención médica. Sin embargo, mediante el uso de datos, el conocimiento institucional y de la industria, y al involucrar a todos (pacientes, empleados, administradores y pagadores), de manera que se pueden descubrir amenazas y eventos potencialmente compensatorios que de otro modo serían difíciles de anticipar (Orszag, 2018). La gestión de riesgos en la asistencia sanitaria es potencialmente más importante que en cualquier otra industria. A diferencia de las industrias buscan prevenir y mitigar las pérdidas financieras. En la asistencia sanitaria, significa la diferencia entre la vida y la muerte (Moskowitz, 2018).

Calificación de Causas: Se reconocen las causas y se establece una cuantificación, al indicar el impacto en el proceso por las causas identificadas. Para esto es necesario que el personal a cargo o parte del proceso participen en

su reconocimiento, esta fase comprende: identificar, causa, impacto, frecuencia y calificar el nivel de riesgo.

Clasificación de Riesgo: Después del reconocimiento de los riesgos, el siguiente paso es elaborar la matriz de riesgo.

Una vez identificado, es vital calificar, clasificar y priorizar los riesgos en función de su probabilidad e impacto de ocurrencia y luego asignar recursos y asignar tareas basadas en estas medidas. Para lograr esto, se pueden implementar matrices de riesgos y mapas de calor que también ayudarán a visualizar los riesgos y promover la comunicación y la toma de decisiones en colaboración (Orszag, 2018).

Diseño de Medidas de Mitigación: De acuerdo al nivel de riesgos se tienen que establecer estrategias enfocada en cada una de las respuestas que pueden ser mitigación, eliminación o suavizar el impacto.

Para Orszag (2018) los planes de gestión de riesgos en salud deben comprender:

Educación y capacitación

Manejo de quejas de pacientes y familiares

Propósito, objetivos y métricas

Plan de comunicación

Planes de contingencia

Protocolos de informes

Los Planes de respuesta y mitigación para el riesgo

Seguimiento y Reporte: como una forma del seguimiento se realizan los indicadores para la mitigación de los riesgos, son la única forma de verificar que se cumplan las metas, además es una forma de conocer el desempeño del personal y de la dirección hospitalaria.

Mazin (2019) establece que en una institución de salud hay muchos factores que contribuyen a un mayor riesgo en un departamento de emergencias:

Falta de conocimiento o experiencia, información demográfica incompleta recopilada en el registro

Historia clínica inadecuada documentada por el personal de triaje o evaluación, no realizar un examen o investigación adecuados

Diagnóstico erróneo del paciente debido a la falta de evaluación basada en evidencia

Incapacidad para interpretar investigaciones de laboratorio o radiología

Tratar mal al paciente en base a documentación incorrecta o errores inducidos por humanos

La falta de comunicación es una amenaza importante que puede tener graves consecuencias.

Decisión incorrecta de no admitir a un paciente y optar por dar de alta al paciente (p. 1).

En resumen, los médicos de emergencias son muy vulnerables a errores y reclamos de negligencia. La documentación clínica exhaustiva es fundamental no sólo para proteger a los médicos de urgencias, sino también para garantizar la continuidad y la calidad de la atención a los pacientes (Mazin, 2019).

Por lo tanto, la gestión de riesgos en sanidad se centra en el importante papel de la seguridad del paciente y la reducción de errores médicos que ponen en peligro la capacidad de una organización. Pero con el papel cada vez más importante de las tecnologías sanitarias, el rápido ritmo de la ciencia médica y el clima normativo, legal, político y de reembolso en constante cambio de la gestión de riesgos sanitarios se ha vuelto más compleja con el tiempo (Orszag, 2018).

Brown (2019) recomienda cuatro mejores prácticas para la gestión de riesgos hospitalarios.

La primera comprende realizar rondas de instalaciones de gestión de riesgos de forma regular, con comunicaciones directas y frecuentes, a fin de que el personal se familiarice con la administración del riesgo.

Asegurar que el personal cuente con las herramientas y el apoyo necesarios para hacer su trabajo de manera segura y efectiva.

Presencia de políticas para documentar y evaluar incidentes y procedimientos para que se llegue a la raíz del problema (p.121).

Ugarte (2010) mencionan el contraste entre la teoría y la práctica de la gestión de riesgos, donde el primero deberían asegurar que cada sector e institución reoriente todos recursos suficientes para el logro de resultados que implica un bajo o nulo impacto de los riesgos; el segundo comprende que la estrategia prioriza a los riesgos con mayor impacto.

De manera que se afirma que “cuando un sistema está enfocado en la seguridad del paciente donde se caracteriza por un despliegue de diversas estrategias que buscan contrarrestar los daños prevenibles en la atención sanitaria” (Ministerio de Sanidad, 2016, p.17). Si bien el riesgo va estar presenta en la atención que brinda el personal asistencial, requiere que las estrategias respongan a cada uno de los riesgos de manera oportuna (Casco, 2019). Por lo tanto, la seguridad del paciente se refiere a la “reducción al mínimo del riesgo de producir daño innecesario o potencial relacionado con la atención sanitaria” (Sierra, 2013).

Según Gluck (2012) la seguridad del paciente también se define como

Existe una gran exigencia de un sistema de salud confiable, por eso se requiere administrar los riesgos, con el cual se está considerando la seguridad de los pacientes, mediante el aseguramiento de procesos seguros y personal enfocado en una cultura de prevención y mitigación de los riesgos en la asistencia sanitaria (p. 2).

Gluck (2012) es así que la seguridad tiene en cuenta el riesgo en la atención, un ejemplo son los errores médicos, que se asocia por el manejo médico y no por la enfermedad subyacente, es así que los eventos adversos por error médico se deben a cuatro factores, donde los daños que son prevenibles se

establecen a: la falibilidad humana; deficiencias en los sistemas; la complejidad y el último es la vulnerabilidad respecto de las barreras defensivas.

La Falibilidad Humana, implica que a pesar que el personal pueda contar con la suficiente capacitación, los sistemas pueden presentar problemas en sus procesos, que origina al final fallas en la atención por parte del personal, ya que se les dificulta hacer lo correcto y les facilitan hacer lo incorrecto.

Complejidad, la atención a la salud es compleja, de manera que cuanto más grande es el proceso, se vuelve más difícil no cometer errores, además cuando más complejos son los procesos es imposible evitar los errores, de esta manera es responsabilidad de los directivos y encargados de la seguridad, buscar procesos cortos y flexibles, donde sólo se contemplen actividades de valor.

Deficiencias del sistema, se refiere a los errores que prevalecen en la institución que ponen en peligro al paciente porque puede generar daños y dificulta y retarda su recuperación, es así que se tiene que contar con un sistema orientado a la identificación y respuesta a los riesgos.

Vulnerabilidad de las barreras defensivas. Se refiere a las diferentes barreras para evitar el daño en el paciente, que se realizan por medio de medidas sólidas, es decir mientras más deficiencias tienen las barreras, mayor serán las vulnerabilidades de la seguridad.

De manera que es necesario en los centros hospitalarios la calidad asistencial, donde se garantice la seguridad del paciente mediante altos niveles de competencia profesional, efectividad, eficiencia, equidad, accesibilidad, adecuación y satisfacción (Sierra, 2013). Además, será importante que se consideren todas medidas necesarias para que se aseguren buenos resultados, con el apoyo de los profesionales.

La seguridad es un aspecto de suma importancia en la atención de salud y delimita la calidad del servicio que se brinda. La mejora se enfoca en una integración de todo el sistema en pro de la seguridad del servicio y de la vida de los pacientes (Aranaz, 2014).

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Según el enfoque Cuantitativo

La investigación cuantitativa se caracteriza por su generalización y objetividad que busca en la recolección de los datos mediante el estudio y elección de una muestra que al final le permite inferir de forma general a una población, su fin es responder las preguntas de una investigación y contrastar hipótesis que estableció con anterioridad, sus herramientas son la medición numérica, ya que se apoya en la estadística como una forma de lograr la exactitud de los patrones de comportamiento en una población estudiada (Hernández Fernández y Baptista, 2009).

Investigación Correlacional

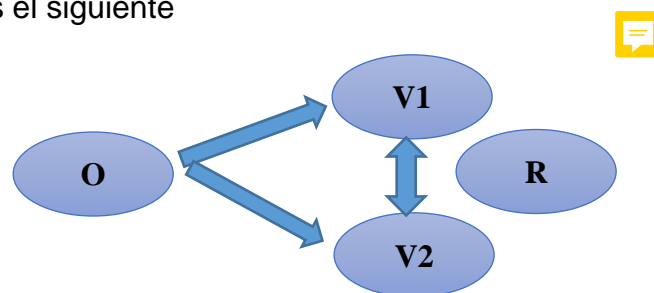
Según el autor Arias (2012) permite conocer “el grado en que un aspecto varía en relación a otro u otros aspectos, es decir cuando más tienen en común dos cosas, más probabilidad habrá de que varíen juntas” (p. 94)

Hernández, Fernández y Baptista (2014)

Por Diseño y Control: No experimental, también denominada ex post-facto, es decir es una investigación imposible de manipular variables o asignar sujetos en condiciones aleatorias, además se debe al bajo grado que tiene el investigador sobre el diseño de la prueba empírica (Vieytes, 2004, p. 118).

Por su Temporalidad: Transversal. Vieytes (2004) indica que “fueron recopilados en un solo momento, es decir los instrumentos se aplicaron una única vez” (p. 22).

El esquema es el siguiente



Dónde:

O = Observación (muestra)

V1: Evaluación de la gestión de riesgos

V2: Seguridad del paciente

R: Relación

3.2. Variables y operacionalización

3.2.1 Variables:

Variable independiente: Gestión de riesgos

Definición conceptual:

La gestión de riesgos se emplea para evaluar la calidad de los servicios sanitarios. El fin se centra en el aumento de la calidad de la asistencia, seguridad y sobre todo de profesionales capacitados que evitan riesgos y aminoren el impacto en los costes de salud (Gómiz, 2007).

Definición operacional:

Santacruz, Hernández y Fajardo (2010) consideró para evaluar la gestión de riesgos en el sector sanitario respecto a la atención de salud a: Calidad de la documentación médica, el funcionamiento de comités hospitalarios, Buenas prácticas en la prescripción de medicamentos, propuesta de proyectos de seguridad para el paciente, reporte de eventos adversos en la atención brindada y la normalización de la atención médica.

Variable dependiente: Seguridad del paciente

Definición conceptual:

Rocco y Garrido (2017) la Seguridad del paciente son acciones conscientes para evitar lesiones al paciente causado por la asistencia, que se caracteriza por el control de las incidencias y se previene las consecuencias en la atención en salud. Corresponde diversas acciones en base a la estructura, procesos,

instrumentos y métodos que aseguran establecer evidencias científicas, haciendo de la seguridad un cumplimiento alto de los estándares por el sistema de salud.

Definición operacional:

En las directivas de Prácticas Seguras para el Cuidado del Paciente, se enfoca en la seguridad del paciente considerando: La Administración Correcta de Medicamentos, prevención de caídas de pacientes e identificación correcta del paciente y prevención y reducción de riesgo de úlceras por presión, con la finalidad de mejorar la calidad y seguridad de atención (Essalud, 2013). Adicionalmente Tomás y Gimena (2010), consideran la prevención con la infección y la comunicación/información.

3.3. Población, muestra y muestreo

Población:

Área de Emergencia de una IPRESS de Cajamarca.

Trabajadores asistenciales que son un total de 65 que laboran en el Servicio de emergencia de una IPRESS de Cajamarca.

Muestra:

Áreas de Emergencia de una IPRESS de Cajamarca.

La muestra fue censal, ya que se consideró a los 65 Trabajadores asistenciales que laboran en el Servicio de emergencia de una IPRESS de Cajamarca.

Criterios de inclusión

Trabajadores del área de emergencia

Trabajadores con tiempo de trabajo mayor a 6 meses

Criterios de exclusión

Personal de otras áreas

Personal de vacaciones y descanso médico.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica: Encuesta

Instrumento: Cuestionario

El primer cuestionario que evalúa la gestión de riesgos conformado por 18 ítems, que se encuentra distribuido 5 dimensiones.

El instrumento consta con una escala ordinal, escala Likert (Desacuerdo: 1, parcialmente de acuerdo: 2, acuerdo: 3). Para evaluar la gestión de riesgos se consideró los siguientes niveles:

Nivel	Rango
Baja	18 - 30
Regular	31 – 42
Alta	43 - 54

El segundo cuestionario que evalúa la seguridad del paciente está conformado por 14 ítems que se encuentra distribuido en 5 dimensiones.

El instrumento consta con una escala de ordinal, escala Likert: Desacuerdo (1), parcialmente de acuerdo (2) y acuerdo (3). Para evaluar la seguridad del paciente se consideró los siguientes niveles:

Nivel	Rango
Baja	14 - 23
Regular	24 - 33
Alta	34 - 42

Validez, estuvo a cargo de 3 experto, por medio del juicio de expertos (ver anexo 3)

Confiabilidad, se determinó la confiabilidad con la prueba del alfa de cronbach cuyo valor fue 0,817 para el cuestionario evaluación de riesgos y 0,876 para seguridad del paciente.

3.5. Procedimientos

Para la recolección de datos se empleó el siguiente procedimiento:

Solicitar el permiso a la institución del estudio

Establecer el periodo de recolección de datos

Entrega de cuestionarios al personal para el llenado del mismo

Traspasar las respuestas de los cuestionarios al excel para el análisis respectivo

3.6. Método de análisis de datos

Se empleó dos tipos de estadísticas, la primera fue la estadística descriptiva mediante el programa estadístico spss versión 23, donde se mostró los resultados en tablas y figuras tanto en resultados, en frecuencias y porcentajes, de acuerdo a los objetivos formulados. Y el segundo la estadística inferencial conformada por las pruebas de contrastación de hipótesis para estudios que determinan correlación.

3.7. Aspectos éticos

Los aspecto éticos del estudio fueron:

Respeto al principio de confidencialidad, porque se respetó la protección de la identidad del participante, por tal motivo se utilizó un código Id.

El de autorización para el estudio, donde se solicitó permiso a la institución encargada del estudio, mediante la carta de recolección o autorización.

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Distribución de la evaluación de la gestión de riesgos en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	8	12.3	12.3
Regular	40	61.5	73.8
Alto	17	26.2	100.0
Total	65	100.0	

Fuente: Personal Sanitario de emergencia de una IPRESS de Cajamarca

El 61,5% del personal sanitario de emergencia evaluó que la gestión de riesgos es regular en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca, el 26,2% consideró que se realiza una alta evaluación de los riesgos y el 12,3% la evaluación de riesgos es bajo. Evidenciado la necesidad de mejora de la evaluación de riesgos, ya que se encuentra en un proceso de mejora y no se cumple del todo.

Tabla 2

Distribución de la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	2	3.1	3.1
Medio	28	43.1	46.2
Alto	35	53.8	100.0
Total	65	100.0	

Fuente: Personal Sanitario de emergencia de una IPRESS de Cajamarca

El 53,8% del personal sanitario del área de emergencia consideró que la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca es alto, un 43,1% la seguridad del paciente es media y un 3,1% consideró que es baja. A pesar que predominó la seguridad alta en el paciente, se requieren mejorar porque casi la mitad considera que la seguridad del paciente a veces se cumple.

Tabla 3

Relacionar las dimensiones de la evaluación de gestión de riesgos con la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020.

		Seguridad del paciente
	R ²	,435**
Historia clínica completa	p.valor	.000
	N	65
	R ²	,648**
Identificación de riesgos del paciente	p.valor	.000
	N	65
	R ²	,351**
Reporte de los riesgos identificados	p.valor	.004
	N	65
	R ²	,314*
Intervenciones sobre los riesgos identificados	p.valor	.011
	N	65
	R ²	,559**
Identificación de riesgos en bioseguridad	p.valor	.000
	N	65

Fuente: Personal Sanitario de emergencia de una IPRESS de Cajamarca

Se encontró un nivel de significancia menor al 5% entre las dimensiones de la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente, se halló también una correlación moderada en la dimensión identificación de riesgos del paciente ($p=,000$), con la dimensión identificación de riesgos en bioseguridad ($p=,000$) y con la dimensión historia clínica completa ($p=,000$), mientras se establece una relación baja para las dimensiones reporte de los riesgos identificados ($p=,004$) y con la dimensión intervenciones sobre los riesgos identificados ($p=,011$). Por lo

tanto, se establece que existe relación entre las dimensiones de la evaluación de gestión de riesgos y la variable seguridad del paciente.

Contrastación de hipótesis

Existe relación entre la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020.

Tabla 4

Correlación entre la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020.

Evaluación de gestión de riesgos	Seguridad del paciente						Total	
	Bajo		Medio		Alto		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Bajo	1	12.5%	7	87.5%	0	0.0%	8	100.0%
Regular	1	2.5%	21	52.5%	18	45.0%	40	100.0%
Alto	0	0.0%	0	0.0%	17	100.0%	17	100.0%
Total	2	3.1%	28	43.1%	35	53.8%	65	100.0%

Fuente: Personal Sanitario de emergencia de una IPRESS de Cajamarca

Se muestra que el profesional sanitario de emergencia de una IPRESS de Cajamarca que consideró que la evaluación de riesgos fue bajo, el 87,5% consideró que la seguridad del paciente fue medio, mientras cuando la evaluación de riesgo es regular el 52,5% considera que la seguridad del paciente es medio y el 45% la seguridad del paciente es alto, y por último si la evaluación de gestión de riesgos es alto, el 100% considera que existe una alta seguridad del paciente.

Tabla 5

Coeficiente de correlación entre la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020.

	Evaluación de gestión de riesgos	Seguridad del paciente
Rho de Spearman	Rho	,624**
	p.valor	.000
	N	65

Mediante el coeficiente de correlación de Spearman ($Rho=,624$), y un nivel de significancia de $,000 < 0,05$; se acepta que existe relación entre la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020.

V. DISCUSIÓN

La seguridad del paciente, es un indicador clave porque se tratan los posibles daños que puede sufrir un paciente, si no se asegura la calidad de atención médica; también involucra que se aprenda de los errores, por otro lado, el personal, la institución y pacientes tienen que comprometerse para asegurar una cultura, ya que el fin es lograr una atención médica libre de lesiones accidentales o prevenibles. Es así que en los pacientes de emergencia se debe evitar que sufran de eventos adversos, que muchas veces son considerados prevenibles. Porque los accidentes no sólo se originan de un error aislado, sino por el contrario, es la suma de varios pequeños errores.

Razón por la cual el estudio se encargó de establecer la relación entre la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad hospitalaria en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca, afirmando que existe relación a un nivel de significancia $0,000 < 0,05$, se correlacionaron los puntajes de ambos cuestionarios, con el cual se obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman ($Rho = 0,624$). También se observó que los profesionales de emergencia que evalúan como regular la gestión; el 52,5% considera que la seguridad del paciente es regular. Estableciendo a una mejor evaluación de riesgos también se logra una adecuada seguridad del paciente. Resultados que coinciden con el estudio de Gulsum (2019) que se encargó de abordar la gestión de riesgos y los incidentes del paciente, porque demostraron que los hospitales con el nivel más alto de gestión de riesgos informan más incidentes y demuestran una relación estadísticamente significativa entre la gestión de riesgos y los datos de incidentes de seguridad del paciente. En contraste, los hospitales con niveles más bajos de gestión de riesgos no demuestran ninguna relación estadísticamente significativa.

De manera que los hospitales han pasado por una larga evolución con calidad que conduce a la gestión de la seguridad, convirtiéndose entonces la gestión de riesgos como un tema de vanguardia. Por lo tanto, se requiere de gerentes de riesgos ansiosos por una investigación en profundidad en caso de un evento adverso para evaluar la exposición de responsabilidad de la organización

y ayudar a mitigar cualquier pérdida futura que pueda surgir. También son responsables de identificar empleados, y de implementar programas para evitar riesgos. Al final lo alentador son los resultados, no sólo en la mejora de los procesos sino en la experiencia, es así que la gestión de riesgo es interfaz entre los procesos y la gestión. Entonces para mantener el riesgo a un mínimo aceptable, se tiene que empezar por otorgar la importancia necesaria, que permita analizar y evaluar el riesgo para la toma de las medidas apropiadas. De esta forma se tiene que brindar altos niveles de seguridad en la atención médica con la finalidad de reducir daños innecesarios (Vanlanduyt, 2016).

Es así que cuando se habla de evaluación de riesgos en los hospitales se refiere al despliegue de una atención médica que se centra en la seguridad del paciente y reducir los riesgos, porque es consciente de que puede no sólo atentar contra la salud y vida del paciente, también con la situación financiera de la empresa; porque puede llegar a tener denuncias. Se confirma la importancia de la relación entre la evaluación de riesgos y la seguridad del paciente, porque los hospitales y otros sistemas de atención médica están ampliando sus programas de gestión de riesgos de los que son principalmente reactivos y promueven la seguridad del paciente y evitan la exposición legal, a los que son cada vez más proactivos y ven el riesgo a través de la lente mucho más amplia de todo el ecosistema de atención médica (França, 2008).

Respecto a la limitante del estudio, se identificó la escasa literatura sobre la gestión de riesgo en áreas de emergencias de hospitales, así como autores que dimensionan la gestión del riesgo lo que confirma lo encontrado por Dückers, Faber, Cruisberg y Grol (2009), la evidencia recopilada sobre la reducción del riesgo se refiere a una variedad de intervenciones para reducir los errores de medicación, incidentes de caída, errores de diagnóstico y eventos adversos en general. La mayoría de los estudios informaron efectos positivos; sin embargo, las intervenciones fueron a menudo multifacéticas, y fue difícil detectar el conocimiento de los riesgos.

Respecto a la evaluación de la gestión de riesgos en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca, el 61,5% del personal calificó como regular, mientras el 26,2% consideró que tiene una alta evaluación. Para Malicki et al (2017) considera que lo entornos que evalúan los riesgos son los que evitan poner en peligro el propósito del tratamiento, lograr la mayor satisfacción posible del paciente y en relación con los miembros del personal y el hospital, garantizando la mayor seguridad posible de los procesos, bajos costos y estabilidad financiera, así como preservando una buena reputación. Si esto no se persigue es improbable que un hospital tenga cultura de seguridad. Mientras, Haas, Gawande y Reynolds (2018) evaluaron los riesgos para la seguridad del paciente por las expansiones del sistema de salud, encontraron que las expansiones del sistema crean 3 tipos de riesgos de seguridad significativos, a menudo no reconocidos y no abordados, que están relacionados con los cambios en las poblaciones de pacientes, la infraestructura o la configuración de la práctica clínica.

González, Sánchez, Betancourt y Mantilla (2017), realizó un estudio de mayor magnitud al estudiar en 21 instituciones, donde el hallazgo muestra que se emplean diferentes metodologías para establecer el riesgo como una forma de conciencia en los trabajadores respecto al sistema de seguridad y la repercusión de los elementos en la calidad del servicio. A diferencia del estudio de Nuñez (2020) los eventos adversos se han generado por falta de trabajo en equipo, problemas de comunicación y retroalimentación, por falta de apoyo de la gerencia, y falta de dotación de personal.

Runciman, et al (2006), también considera que los procesos existentes están fragmentados y no existe una única fuente integral de información sobre lo que sale mal. Se necesita un marco integrado para la gestión de la seguridad, la calidad y el riesgo, con un sistema de información y gestión de incidentes basados en una clasificación universal de seguridad del paciente.

Respecto a la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca fue percibido en el personal en un nivel alto (53,8%), mientras un 43,1% consideró la seguridad del paciente como regular. Mientras en

el estudio de Otchi, Bannerma y Lartey (2018) encontraron que destacó el conocimiento y el aprendizaje en seguridad del paciente, mientras que la vigilancia de la seguridad del paciente fue el área de acción más débil identificada. Por lo tanto, a pesar que el personal puede contar con altos conocimientos de seguridad, sino se adecuan políticas adecuadas la vigilancia de la seguridad del paciente puede ser limitada.

Por su parte, Sanner, Halford, Vengberg y Röing (2018) en un estudio sobre el dilema del trabajo de seguridad del paciente: diversos gerentes de niveles intermedios consideran que la seguridad del paciente sigue siendo un desafío para la atención médica. Los errores médicos no están disminuyendo, principalmente porque la alta dirección no se preocupa o no muestra un interés real en la seguridad del paciente, también en cierta parte por la pasividad en la denuncia de los incidentes, lo cual propicia el descuido en la seguridad del paciente.

VI. CONCLUSIONES

Existe relación entre la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca con un nivel de significancia $0,000 < 0,05$ y coeficiente de correlación de Spearman ($Rho = 0,624$), asimismo los profesionales de emergencia que consideró la evaluación de riesgo como regular; el 52,5% considera que la seguridad del paciente es regular. Estableciendo a una mejor evaluación de riesgos, la seguridad del paciente mejora.

1. El 61,5% del personal calificó como regular la evaluación de la gestión de riesgos en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca, mientras el 26,2% consideró que tiene una alta evaluación.
2. La seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca fue percibido en el personal en un nivel alto (53,8%), mientras un 43,1% consideró la seguridad del paciente como regular.
3. Entre las dimensiones de la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente, se encontró una correlación moderada significativa ($< 0,05$) en las dimensiones como identificación de riesgos del paciente, identificación de riesgos en bioseguridad y con la historia clínica completa; estableció una relación baja para las dimensiones reporte de los riesgos identificado y con las intervenciones sobre los riesgos identificados. Por lo tanto, existe relación entre las dimensiones de la evaluación de gestión de riesgos y la variable seguridad del paciente.

VII. RECOMENDACIONES

Se recomienda a la jefatura del servicio de emergencia implementar los procesos, gestionarlos, pero sobre todo monitorear a través de auditorías de proceso en forma trimestral la seguridad y los riesgos atribuibles a los procesos asistenciales.

1. Se recomienda a la dirección ejecutiva del establecimiento, planear un programa de fortalecimiento de capacidades en evaluación de riesgos en el servicio de emergencia dirigidos a todo el personal que trabaja en el servicio.
2. Se recomienda a la Oficina de Planeamiento y Calidad del establecimiento desarrollar un programa de intervención en Seguridad del paciente a nivel de todo el hospital, ya que este proceso se mide con indicadores de calidad y satisfacción del paciente.
3. Se recomienda a la Dirección Regional de Salud implementar normativas regionales en seguridad del paciente y evaluación de riesgos en todos los niveles de atención en la región Cajamarca.

REFERENCIAS

- Abasabadi , M., Reza, H., Mohammad , A., & Farrokhi, M. (2019). Developing a Hospital Disaster Risk Management Evaluation Model. *Risk Management and Healthcare Policy*, 12, 287-296. doi:10.2147/RMHP.S215444
- Abbasabad, M., Reza, H., Mosadeghrad, A. M., & Farrokhi, M. (2019). Developing a Hospital Disaster Risk Management Evaluation Model. *Open access to scientific and medical research*, 12, 287—296. doi:https://doi.org/10.2147/RMHP.S215444
- Álvarez, U., Roca, G., Chaux , D., & Pineda, G. (2012). Implementación del Sistema de Administración de Riesgos -SAR por Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo en Colombia 2008-2011 . *Revista Monitor Estratégico* , 6-14.
- Amaniyani, S., Ove, B., Logan, P., & Vaismoradi, M. (2020). Learning from Patient Safety Incidents in the Emergency Department: A Systematic Review. *The Journal of Emergency Medicine*, 58(2), 234-244. doi:https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.11.015
- Apestequi, M. (2016). *Resultados de evaluaciones de seguridad de los hospitales María Reiche Newman y emergencias Grau de Essalud*. Tesis Maestría, Universidad de San Marín de Porres, Lima. Obtenido de <http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/usmp/3382>
- Aranaz, J. M. (2014). La seguridad del paciente como paradigma de la excelencia del cuidado en los servicios de salud. *Revista Cubana de enfermería*, 30(1). Obtenido de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/630/84>
- Ardalan, A., Kandi, M., Saberinia, A., Khorasani, D., Khankeh, H., Miadfar, J., . . . Mehranamin, S. (2016). Estimation of Hospitals Safety from Disasters in I.R.Iran: The Results from the Assessment of 421 Hospitals. *PLOS ONE*, 7, 1-10. doi:10.1371/journal.pone.0161542
- Behrad, P., Heydari, A., Fatemi, F., & Modarresi, A. (2020). Risk factors threatening health care facilities in disasters and emergencies. *BMC Health Services Research*. doi:10.21203/rs.3.rs-15797/v1

- Brown , A. (12 de Marzo de 2019). *Principios fundamentales y mejores prácticas para la gestión de riesgos hospitalarios*. Obtenido de <https://communityhospitalcorp.com/best-practices-hospital-risk-management/>
- Cascos, M. (17 de Julio de 2019). *La seguridad del paciente, lo primero*. Obtenido de <https://www.redaccionmedica.com/opinion/la-seguridad-del-paciente-lo-primero-1658>
- Charney, F. J. (4 de Abril de 2018). How a risk management focus can improve the physical environment. Obtenido de <https://www.hfmmagazine.com/articles/3313-how-a-risk-management-focus-can-improve-the-physical-environment>
- Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la teoría general de la administración*. México: McGraw-Hill.
- Contraloría General de la República . (31 de Enero de 2018). *Contraloría alerta al Minsa sobre los hechos que ponen en riesgos la Política de Hospitales Seguros*. Obtenido de <https://gestion.pe/peru/politica/contraloria-alerta-al-minsa-hechos-ponen-riesgos-politica-hospitales-seguros-226187-noticia/?ref=signwall>
- Di Marco, J. (4 de Junio de 2017). *How to Identify and Analyze a Hospital Risk Assessment*. Obtenido de <https://www.chthealthcare.com/blog/hospital-risk-assessment>
- Doherty, D. (2019). Risk Management Matters, Especially in the Operating Room. Obtenido de <https://www.chubb.com/microsites/chubb-healthcare-solutions/risk-management-matters-in-the-or.aspx>
- Essalud. (2013). *RESOLUCIÓN DE GERENCIA GENERAL N° 983 -GG-ESSALUD-2013*. Lima. Obtenido de www.cssalud.gob.pe
- EsSalud. (2019). *Hacia la modernización de la seguridad social en el Perú . Libro blanco para el diálogo Políticas y hoja de ruta para el fortalecimiento del Seguro Social de Salud - EsSalud 2019-2022*. Lima: Seguro Social de Salud - EsSalud. Obtenido de <http://www.essalud.gob.pe/essalud->

- presenta-libro-blanco-para-el-dialogo-hacia-la-modernizacion-de-la-seguridad-social-en-el-peru/
- Expósito, M. Y. (2016). Gestión de la seguridad hospitalaria en unidades de atención pediátrica. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(2). Obtenido de <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/885>
- Farmer, B. (2016). Patient Safety in the Emergency Department. *Emergency Medicine*, 48(9), 396-404.
- Gaviria, A. (2017). *Guía Hospitalaria para la Gestión del Riesgo de Desastres*. Bogotá: MINSALUD.
- Gluck, P. (2012). Seguridad del Paciente: Cierta Avance y Numerosos Retos. *Obstetrics & Gynecology*. Obtenido de https://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Nov2012_GluckCES_Translation.pdf
- Gómiz, E. (2007). El profesional de enfermería, por la gestión del riesgo, hacia la seguridad del paciente. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 10(1). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752007000100007
- González , A. M., Sánchez, A. M., Betancourt, A. F., & Mantilla, C. D. (2017). Technovigilance and risk management as tools to improve patient safety in colombian health care institutions. *Revista Ingeniería Biomédica*, 11(21). Obtenido de <https://revista.eia.edu.co/index.php/BME/article/view/1173>
- González, G., Pertuz, Y., & Expósito, M. Y. (2016). Gestión de la seguridad hospitalaria en unidades de atención pediátrica. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(2). Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/885/168>
- Gulsum , K. (2019). The Relationship Between Risk Management and Patient Safety Incidents in Acute Hospitals in NHS England. *Industrial Engineering in the Big Data Era*, 471 - 479.
- Haas, S., Gawande, A., & Reynolds, M. (2018). The Risks to Patient Safety From Health System Expansions. *JAMA*, 319(17), 1765-1766. doi: doi: 10.1001 / jama.2018.2074

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Métodología de la investigación* (6ta ed.). México: McGraw Hill.
- Humet, C., & Suñol, R. (2001). Calidad asistencial. *Revista de Órgano de la Sociedad Española de la Calidad Asistencial*, 1(16).
- Leistikow, I., & Huisman, F. (2018). The role of the patient in patient safety: What can we learn from healthcare's history? Obtenido de <https://doi.org/10.1177/2516043518791051>
- Malicki, J., Ritva, B., Bulot, M., Godet, J. L., Jahnen, A., Krenkli, M., & Maingon, P. (2017). Patient safety in external beam radiotherapy, results of the ACCIRAD project: Current status of proactive risk assessment, reactive analysis of events, and reporting and learning systems in Europe. *Radioterapia y Oncología*, 123(1), 29 - 36. doi:<https://doi.org/10.1016/j.radonc.2017.02.016>
- Mazin, G. (2019). *Risk Management in the Emergency Department*. Obtenido de <https://insights.omnia-health.com/medical-specialities/risk-management-emergency-department>
- Ministerio de Sanidad. (2016). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud Período 2015-2020*. Madrid.
- Minsa. (2007). *Norma Técnica de Salud de los servicios de emergencia NT N° 042-Minsa/DGSP - V.01*. Lima: Minsa.
- Moskowitz, D. (28 de Marzo de 2018). *The Importance of Healthcare Risk Management*. Obtenido de <https://www.investopedia.com/articles/personal-finance/072315/importance-healthcare-risk-management.asp>
- Núñez, E. I. (2020). *Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú - 2018*. Tesis pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo. Obtenido de <http://hdl.handle.net/20.500.12423/2481>
- OMS. (2010). *Prevención de caídas*. Obtenido de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/images/archivos/CAIDAS.pdf>

- OMS. (2019). *10 datos sobre la seguridad del paciente*. Obtenido de https://www.who.int/features/factfiles/patient_safety/es/
- OMS. (17 de Setiembre de 2019). *Día Mundial de la Seguridad del Paciente*. Obtenido de <https://www.who.int/es/campaigns/world-patient-safety-day/2019>
- OPS. (2007). *Índice de Seguridad Hospitalaria*. Obtenido de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=71:2007-hospital-safety-index&Itemid=135&lang=es
- Orszag, P. (2018). What Is Risk Management in Healthcare? *NEJM Catalyst*. Obtenido de <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0197>
- Otchi, E., Bannerman, C., & Larrey, S. (2018). Patient safety situational analysis in Ghana. *Journal of Patient safety and risk management*, 23(6).
- Pérez , C. N. (2017). *Gestión hospitalaria y cultura de seguridad del paciente en el Instituto Materno Perinatal de Lima, 2017*. Tesis Maestría, Universidad Cesar Vallejo, Lima. Obtenido de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/7029>
- Quehwarucho , E., & Nina , L. L. (2018). *Determinación del Índice de Seguridad Hospitalaria en Establecimientos de mediana y baja complejidad*. Tesis pregrado, Universidad Peruana Unión, Lima. Obtenido de <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/1212>
- Resolución de Presidencia Ejecutiva N656 -PE-ESSALUD-2014 (Diciembre de 31 de 2014).
- Resolución Directoral Regional Sectorial N°1997-2019-GR.CAJ/DRSC-DESP. (2 de diciembre de 2019). Cajamarca.
- Rocco, C., & Garrido, A. (Octubre de 2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(5). doi:10.1016/j.rmclc.2017.08.006
- Rodriguez, C. (2016). *Perspectiva de la Gestión del Riesgo en la Acreditación en Salud*. Bogotá: Icontec.

- Rosado, L., & Martínez, J. (2005). Gestión de riesgos desde la visión de la gestión hospitalaria. *Revista de calidad asistencial*, 20(2), 110-114 . doi:DOI: 10.1016/S1134-282X(08)74730-4
- Rozas, C. (2016). *Análisis de la seguridad hospitalaria en la Región Metropolitana*. Tesis Maestría, Universidad de Chile, Santiago. Obtenido de <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/handle/123456789/394>
- Sánchez, P. O. (2015). *Implementación de un sistema de gestión de riesgo, basado en herramientas de calidad en el hospital de especialidades Eugenio Espejo, de la ciudad de Quito en el año 2014*. Tesis de maestría, Universidad de Guayaquil, Guayaquil.
- Sanner, M., Halford, C., Vengberg , S., & Röing, M. (2018). The dilemma of patient safety work: Perceptions of hospital middle managers. *Journal og helthcare risk management*, 38(2), 47-55. Obtenido de <https://doi.org/10.1002/jhrm.21325>
- Santacruz, J., Hernández, F., & Fajardo, G. (2010). Evaluación del riesgo para la seguridad del paciente en establecimientos de salud. *Cir Cir*(78), 515-526.
- SEDISA. (15 de Setiembre de 2019). *Sólo la mitad de los hospitales de España dispone de medidas de seguridad del paciente*. Obtenido de <https://www.phmk.es/solo-la-mitad-de-los-hospitales-de-espana-dispone-de-medidas-de-seguridad-del-paciente/>
- Sharp, A., & Park, S. (2019). Improving health and health care efficiency through risk management. *Journal of Hospital Management and Health Policy*, 3. doi:10.21037/jhmhp.2019.04.02
- Sierra, E. (2013). *Importancia de la Seguridad*. Obtenido de http://www.comsegovia.com/videos/pdf/CURSO%20SEGURIDAD%20DE%20L%20PACIENTE/Presentaciones%20CM%20Segovia%20_Completo_SP.pdf
- Simsekler, E., Ward, J. R., & Clarkson, J. (2018). Design for Patient Safety: A Systems-based Risk Identification Framework. *Ergonomics*, 61(8), 1046–1064. doi:10.1080/00140139.2018.1437224

- Singh, B., & Ghatala, H. (2012). Risk Management in Hospitals. *International Journal of Innovation, Management and Technology*, 3(4), 417-421.
- Tomás, S., & Gimena, I. (2010). La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. *Anales Sis San Navarra*, 33(1). Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200015
- Torres , N., Malta , C., Zapata, C., & Aburto, V. (2015). Metodología de Gestión de Riesgo para procesos en una Institución de Salud Previsional. *Revista Universidad, Ciencia y Tecnología*, 19(75), 98 - 109.
- Ugarte, C. (2010). *Indice de Seguridad Hospita*. OMS. Obtenido de <https://www.eird.org/encuentro-sta-marta/descargas/sesiones-tematicas/Sesion5/sesion-5-CiroU.pdf>
- Vanlanduyt, J. (2016). Patient Safety & Risk Management. *HealthManagement*, 16(3).
- Vincent , C., & Amalberti , R. (2016). Chapter 7: Safety Strategies in Hospitals. En *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. Springer.
- Wåhlin, C., Kvarnström,, S., Öhrn , A., & Nilsing , E. (2019). *Patient and healthcare worker safety risks and injuries. Learning from incident reporting*. Obtenido de <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21679169.2018.1549594>
- Yosia, R., Lestari, F., & Wijaya, O. (2019). *Hospital Safety Index: Assessing the Readiness and Resiliency of Hospitals in Indonesia*. University of Indonesia. doi:10.1108/F-12-2018-0149/full/html

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de operacionalización de variables/Matriz de categorías

Operacionalización de la gestión de riesgos

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala	Instrumento
Variable independiente : Gestión de riesgos	La gestión de riesgos es una metodología que se utiliza cada vez más en los servicios sanitarios. Sus principales objetivos son, incrementar la calidad de la asistencia, mejorar la seguridad de los pacientes y de los profesionales sanitarios que la reciben y la llevan a cabo y disminuir los costes evitables (Gómez, 2007).	Historia Clínica completa	Cumplimiento del expediente	Cualitativa ordinal	Cuestionario
			Reguardo		
			Anotaciones legibles		
		Identificación de riesgo del paciente	Prescripción adecuada	Cualitativa	
			Entrega completa de medicamentos		
			Identificación del paciente		
		Reporte de los riesgos identificados	Monitoreo de eventos adversos	ordinal	
		Intervenciones sobre los riesgos identificados	Conformación de comité de eventos adversos	Cualitativa	
	Planes de mejora				
	Identificación de riesgos en bioseguridad	Manejo de residuos hospitalarios	ordinal		
		Hay protocolos de atención			

Operacionalización seguridad del paciente

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala	Instrumento
Variable dependiente: Seguridad Del paciente	Rocco y Garrido (2017) la seguridad del Paciente son acciones conscientes para evitar lesiones al paciente causado por la asistencia, que se caracteriza por la ausencia de accidentes o lesiones prevenibles producidos durante el proceso de atención en salud. Incluye todas las acciones estructurales, procesos, instrumentos y metodologías soportados con la evidencia científica, haciendo que el ejercicio del cuidado cumpla con altos estándares de seguridad.	Administración correcta de Medicamentos	Duplicidad de tratamientos	Ordinal	Cuestionario
			Omisión de tratamientos	Ordinal	
			Reacciones adversas	Ordinal	
			Estructura física	Ordinal	
		Prevención de caídas de pacientes	Protocolo de asistencia	Ordinal	
			Antecedente de caída	Ordinal	
				Ordinal	
				Ordinal	
				Ordinal	
				Ordinal	
Identificación correcta del paciente	Sistema de identificación de pacientes	Ordinal			
	Procedimientos a personas incorrectas	Ordinal			

	Conocimiento de la identificación de posiciones	Ordinal
Prevención y reducción de riesgo de úlceras por presión	Evaluación del paciente	Ordinal
	Uso correcto de manos	Ordinal
Bioseguridad	Aplicación de talleres de higiene	Ordinal

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

Cuestionario de la evaluación de la gestión de riesgos

En el siguiente cuestionario datos respecto a la evaluación de la gestión del riesgo.

I. Datos generales

Edad:

Sexo:

Grupo ocupacional:

Tiempo de trabajo:

II. Preguntas

	Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	Desacuerdo
D1. Historia clínica completa			
Existe un registro ordenado de filiación del paciente			
Existe registro sobre enfermedad actual y antecedentes			
Existe un registro sobre el examen físico (incluido las funciones vitales) y diagnósticos presuntivos			
Existe un registro sobre plan de trabajo y tratamiento			
D2. Identificación de riesgos del paciente			
Existe un formato sobre administración de medicamentos			
Existe un formato sobre las caídas de los pacientes.			
Existe disponibilidad de brazaletes de identificación.			
Existe un formato de evaluación de UPP			
D3. Reporte de los riesgos identificados			
Existe un registro de eventos adversos en su servicio			
El servicio cuenta con un responsable de registrar los eventos adversos.			
D4. Intervenciones sobre los riesgos identificados			
El Hospital II EsSalud Cajamarca, cuenta con un comité de eventos adversos.			
Existe una adecuada gestión de los riesgos identificados.			
En el Hospital II EsSalud Cajamarca, UPSS emergencia, se implementa planes de mejora de los riesgos identificados.			

D5. Identificación de riesgos en bioseguridad			
Existen contenedores para desechos de residuos sólidos			
Existen contenedores rígidos para punzocortantes.			
Existe señalética para la identificación de residuos sólidos			
Existen dispensadores con jabón en lavatorios del personal.			
Existen dispensadores con papel en los lavatorios de personal.			

Cuestionario sobre seguridad del paciente

Estimado trabajador a continuación responda los siguientes enunciados según nivel de cumplimiento.

	Acuerdo	Parcialmente de acuerdo	Desacuerdo
La administración correcta de Medicamentos			
Existe un kardex de enfermería que contiene las indicaciones médicas, para administración de medicamentos, siguiendo los 5 requerimientos correctos (paciente, medicamento, dosis, vía y horario correctos)			
Los sueros se encuentran debidamente rotulados con fecha y componentes agregados.			
El almacenamiento de los medicamentos cumple con el criterio del nombre del paciente.			
Los medicamentos y los materiales se encuentran vigentes considerando su fecha de caducidad			
Prevención de caídas de pacientes			
El servicio identifica riesgo de caídas (identificada esta condición en el brazalete del paciente y además está rotulado en su cabecera)			
Usted verifica que las barandas de las camas funcionan y estén levantadas para proteger al paciente.			
Identificación correcta del paciente			
El paciente tiene brazalete con datos correctos y completos del paciente			

Existe un cartel con el nombre completo del paciente.			
Usted verifica la identidad del paciente antes de cualquier procedimiento.			
Prevención y reducción de riesgo de úlceras por presión			
Se realiza la evaluación del riesgo de úlceras por presión			
En la historia clínica se registran los cambios posturales del paciente en horario (Reloj)			
Bioseguridad			
La disposición de residuos sólidos se realiza de acuerdo a las normas.			
El descarte de material punzo cortante, agujas, se realiza de acuerdo a normas.			
Cumple con la higiene de lavado de manos según la norma (11 pasos, duración: 40-60 seg, etc).			
Existen mensajes que promueven la higiene de manos en el servicio.			

Anexo 3. Ficha técnica y validez de instrumentos

Ficha técnica del cuestionario evaluación de la gestión de riesgos

Nombre: Cuestionario de evaluación de la gestión de riesgos

Autor: Roberto Pelayo Mosqueira Moreno

Fuente:

- Directiva N° 03-DA-PE-ESSALUD-2012, “Directiva de implementación de Rondas de Seguridad en los Centros Asistenciales del Seguro Social de Salud”.
- Directiva de Gerencia General N° 019-GCPS-ESSALUD-2019, “Normas de bioseguridad del Seguro Social de Salud”

Administración: autoadministrado

Duración: 45 minutos

Significación: Evalúa la gestión de riesgos en el área de emergencia.

Dimensiones:

Historia clínica Completa (1-4)

Identificación de riesgos del paciente (5-8)

Reporte de los riesgos identificados (9 - 10)

Intervenciones sobre los riesgos identificados (11 – 13)

Identificación de riesgos en bioseguridad (14-18)

Escalas de respuestas: escala Likert (Desacuerdo: 1, parcialmente de acuerdo: 2, acuerdo: 3)

Calificación: La interpretación de la variable considera los siguientes valores
Niveles de interpretación del cuestionario de la evaluación de gestión de riesgos

	Bajo	Regular	Alto
Gestión de riesgos	18-30	31-42	43-54
Historia clínica Completa	0-3	4-5	6-8
Identificación de riesgos del paciente	0-3	4-5	6-8

Reporte de los riesgos identificados	0-1	2	3-4
Intervenciones sobre los riesgos identificados	0-2	3-4	5-6
Identificación de riesgos en bioseguridad	0-3	4-7	8-10

Confiabilidad: La confiabilidad se determinó con el alfa de cronbach, cuyo valor fue 0,817.

Fiabilidad

Escala: Evaluación de la gestión de riesgos

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	65	100.0
	Excluido ^a	0	.0
	Total	65	100.0

- a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.817	18

Validez: El cuestionario fue validado por 3 expertos.

Ficha Técnica del cuestionario evaluación de la seguridad del paciente

Nombre: Cuestionario de seguridad del paciente

Autor: Roberto Pelayo Mosqueira Moreno

Fuente:

- Directiva N° 007 -GG-ESSALUD-2013: Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Administración Correcta de Medicamentos.
- Directiva N° 008 -GG-ESSALUD-2013: Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Prevención de Caídas de Pacientes.
- Directiva N° 009 -GG-ESSALUD-2013: Prácticas Seguras y Gestión del Riesgo para la Identificación Correcta del Paciente
- Directiva N° 010 -GG-ESSALUD-2013: Prácticas Seguras para la Prevención y Reducción de Riesgo de Úlceras por Presión.
- Directiva de Gerencia General N° 019-GCPS-ESSALUD-2019, Normas de bioseguridad del Seguro Social de Salud”

Administración: autoadministrado

Duración: 20 minutos

Significación: Evalúa la seguridad del paciente en el área de emergencia.

Dimensiones:

Administración correcta de medicamentos (1 -4)

Prevención de caídas de pacientes (5 – 6)

Identificación correcta del paciente (7 -9)

Prevención y reducción de riesgo de úlceras por presión (10 - 11)

Bioseguridad (12 – 14)

Escalas de respuestas: escala Likert: Desacuerdo (1), parcialmente de acuerdo (2) y acuerdo (3)

Calificación: La interpretación de la variable considera los siguientes valores

Niveles de interpretación del cuestionario de seguridad del paciente

	Bajo	Medio	Alto
Seguridad del paciente	14-23	24-33	34 - 42
Administración correcta de Medicamentos	0-3	4-5	6-8
Prevención de caídas de pacientes	0-1	2-3	4
Identificación correcta del paciente	0-2	3-4	5-6
Prevención y reducción de riesgo de úlceras por presión	0-1	2-3	4
Bioseguridad	0-2	3-4	5-6

Confiabilidad: La confiabilidad del instrumento se determinó con el alfa de cronbach cuyo valor fue 0,876.

Escala: Seguridad del paciente

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	65	100.0
	Excluido ^a	0	.0
	Total	65	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.876	14

Validez: El cuestionario fue validado por 3 expertos.



INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTOS PARA VALIDAR INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS INFORMATIVOS:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Chávarry Isla Abel Eduardo
 1.2. Grado académico que ostenta: Médico Cirujano
 1.3. Institución donde trabaja: Hospital Regional Lambayeque
 1.4. Experiencia laboral (años): 25 años
 1.5. Título de la tesis: Evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencias de una IPRESS de Cajamarca
 1.6. Nombre del autor de la tesis: Roberto Pelayo Mosqueira Moreno
 1.7. Nombre del instrumento a validar: Cuestionario de la evaluación de la gestión de riesgos en emergencias de una IPRESS de Cajamarca

II. ASPECTOS A VALIDAR:

CRITERIO	INDICADORES	1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está redactado (a) con lenguaje apropiado.					✓
2. OBJETIVIDAD	Describe ideas relacionadas con la realidad a solucionar.				✓	
3. ACTUALIZACIÓN	Sustentado en aspectos teóricos científicos de actualidad.				✓	
4. ORGANIZACIÓN	El instrumento contiene organización lógica.					✓
5. SUFICIENCIA	El instrumento contiene aspectos en cantidad y calidad.					✓
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado (a) para mejorar la gestión educativa.				✓	
7. CONSISTENCIA	Basado (a) en aspectos teóricos científicos.				✓	
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y el instrumento.					✓
9. METODOLOGÍA	El instrumento responde al propósito del diagnóstico					✓
10. PERTINENCIA	Útil y adecuado (a) para la investigación					✓
SUBTOTAL					16	30
TOTAL					46	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Apto para aplicar

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

46

Lugar y fecha: Chiclayo 16 de junio del 2020


 Dr. Abel Chávarry Isla
 MÉDICO CIRUJANO
 C.M.P. 1272



INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTOS PARA VALIDAR INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

V. DATOS INFORMATIVOS:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Chávarry Isla Abel Eduardo
- 1.2. Grado académico que ostenta: Médico Cirujano
- 1.3. Institución donde trabaja: Hospital Regional Lambayeque
- 1.4. Experiencia laboral (años): 25 años
- 1.5. Título de la tesis: Evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencias de una IPRESS de Cajamarca
- 1.6. Nombre del autor de la tesis: Roberto Pelayo Mosqueira Moreno
- 1.7. Nombre del instrumento a validar: Cuestionario de seguridad del paciente en emergencias de una IPRESS de Cajamarca

VI. ASPECTOS A VALIDAR:

CRITERIO	INDICADORES	1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está redactado (a) con lenguaje apropiado.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Describe ideas relacionadas con la realidad a solucionar.				✓	
3. ACTUALIZACIÓN	Sustentado en aspectos teóricos científicos de actualidad.					✓
4. ORGANIZACIÓN	El instrumento contiene organización lógica.					✓
5. SUFICIENCIA	El instrumento contiene aspectos en cantidad y calidad.					✓
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado (a) para mejorar la gestión educativa.				✓	
7. CONSISTENCIA	Basado (a) en aspectos teóricos científicos.					✓
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y el instrumento.					✓
9. METODOLOGÍA	El instrumento responde al propósito del diagnóstico					✓
10. PERTINENCIA	Útil y adecuado (a) para la investigación					✓
SUBTOTAL					12	35
TOTAL					47	

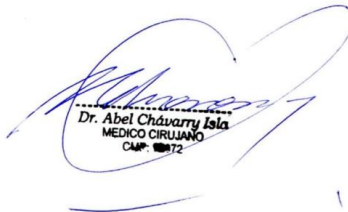
VII. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Apto. para aplicar

VIII. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

47

Lugar y fecha: Chiclayo 16 de junio del 2020


 Dr. Abel Chávarry Isla
 MEDICO CIRUJANO
 C.M.P. 10072



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTOS PARA VALIDAR INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS INFORMATIVOS:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Flores Bismara Rossana
 1.2. Grado académico que ostenta: Médico Radiólogo
 1.3. Institución donde trabaja: Hospital Regional Lambayeque
 1.4. Experiencia laboral (años): 26 años
 1.5. Título de la tesis: Evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencias de una IPRESS de Cajamarca
 1.6. Nombre del autor de la tesis: Roberto Pelayo Mosqueira Moreno
 1.7. Nombre del instrumento a validar: Cuestionario de la evaluación de la gestión de riesgos en emergencias de una IPRESS de Cajamarca

II. ASPECTOS A VALIDAR:

CRITERIO	INDICADORES	1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está redactado (a) con lenguaje apropiado.					/
2. OBJETIVIDAD	Describe ideas relacionadas con la realidad a solucionar.					/
3. ACTUALIZACIÓN	Sustentado en aspectos teóricos científicos de actualidad.				/	
4. ORGANIZACIÓN	El instrumento contiene organización lógica.				/	
5. SUFICIENCIA	El instrumento contiene aspectos en cantidad y calidad.					/
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado (a) para mejorar la gestión educativa.					/
7. CONSISTENCIA	Basado (a) en aspectos teóricos científicos.					/
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y el instrumento.				/	
9. METODOLOGÍA	El instrumento responde al propósito del diagnóstico					/
10. PERTINENCIA	Útil y adecuado (a) para la investigación				/	
SUBTOTAL					16	30
TOTAL					46	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Apto para aplicar.

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

46

Lugar y fecha: Chiclayo 16 de junio del 2020



JUEZ
SELLO Y COLEGIATURA



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTOS PARA VALIDAR INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

V. DATOS INFORMATIVOS:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: Flores Tiziana Rossana
 1.2. Grado académico que ostenta: Médico Radiólogo
 1.3. Institución donde trabaja: Hospital Regional Lambayeque
 1.4. Experiencia laboral (años): 26 años
 1.5. Título de la tesis: Evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencias de una IPRESS de Cajamarca
 1.6. Nombre del autor de la tesis: Roberto Pelayo Mosqueira Moreno
 1.7. Nombre del instrumento a validar: Cuestionario de seguridad del paciente en emergencias de una IPRESS de Cajamarca

VI. ASPECTOS A VALIDAR:

CRITERIO	INDICADORES	1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está redactado (a) con lenguaje apropiado.				✓	
2. OBJETIVIDAD	Describe ideas relacionadas con la realidad a solucionar.				✓	
3. ACTUALIZACIÓN	Sustentado en aspectos teóricos científicos de actualidad.					✓
4. ORGANIZACIÓN	El instrumento contiene organización lógica.					✓
5. SUFICIENCIA	El instrumento contiene aspectos en cantidad y calidad.				✓	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado (a) para mejorar la gestión educativa.					✓
7. CONSISTENCIA	Basado (a) en aspectos teóricos científicos.				✓	
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y el instrumento.					✓
9. METODOLOGÍA	El instrumento responde al propósito del diagnóstico					✓
10. PERTINENCIA	Útil y adecuado (a) para la investigación					✓
SUBTOTAL					16	30
TOTAL					46	

VII. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

Apto para aplicar

VIII. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

46

Lugar y fecha: Chiclayo 16 de junio del 2020



JUEZ
SELLO Y COLEGIATURA



INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTOS PARA VALIDAR INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. DATOS INFORMATIVOS:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: DELGADO VALERA MIGUEL
 1.2. Grado académico que ostenta: MEDICO CIRUJANO
 1.3. Institución donde trabaja: HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
 1.4. Experiencia laboral (años): 25 AÑOS
 1.5. Título de la tesis: Evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencias de una IPRESS de Cajamarca
 1.6. Nombre del autor de la tesis: Roberto Pelayo Mosqueira Moreno
 1.7. Nombre del instrumento a validar: Cuestionario de la evaluación de la gestión de riesgos en emergencias de una IPRESS de Cajamarca

II. ASPECTOS A VALIDAR:

CRITERIO	INDICADORES	INDICADORES				
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está redactado (a) con lenguaje apropiado.				/	
2. OBJETIVIDAD	Describe ideas relacionadas con la realidad a solucionar.				/	
3. ACTUALIZACIÓN	Sustentado en aspectos teóricos científicos de actualidad.				/	
4. ORGANIZACIÓN	El instrumento contiene organización lógica.				/	
5. SUFICIENCIA	El instrumento contiene aspectos en cantidad y calidad.				/	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado (a) para mejorar la gestión educativa.				/	
7. CONSISTENCIA	Basado (a) en aspectos teóricos científicos.				/	
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y el instrumento.				/	
9. METODOLOGÍA	El instrumento responde al propósito del diagnóstico				/	
10. PERTINENCIA	Útil y adecuado (a) para la investigación				/	
SUBTOTAL					20	25
TOTAL					45	

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APTO PARA APLICAR

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

45

Lugar y fecha: Chiclayo 16 de junio del 2020

SELLO Y COLEGIATURA

 Miguel Delgado Valera
 Mg. en Gerencia en Servicios de Salud
 C.M.P. 41957



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

INFORME SOBRE JUICIO DE EXPERTOS PARA VALIDAR INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

V. DATOS INFORMATIVOS:

- 1.1. Apellidos y nombres del experto: DELGADO VALERA MIGUEL
- 1.2. Grado académico que ostenta: MÉDICO CIUDADANO
- 1.3. Institución donde trabaja: HOSPITAL REGIONAL LAMBAYEQUE
- 1.4. Experiencia laboral (años): 25 AÑOS
- 1.5. Título de la tesis: Evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencias de una IPRESS de Cajamarca
- 1.6. Nombre del autor de la tesis: Roberto Pelayo Mosqueira Moreno
- 1.7. Nombre del instrumento a validar: Cuestionario de seguridad del paciente en emergencias de una IPRESS de Cajamarca

VI. ASPECTOS A VALIDAR:

CRITERIO	INDICADORES	1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está redactado (a) con lenguaje apropiado.					/
2. OBJETIVIDAD	Describe ideas relacionadas con la realidad a solucionar.					/
3. ACTUALIZACIÓN	Sustentado en aspectos teóricos científicos de actualidad.					/
4. ORGANIZACIÓN	El instrumento contiene organización lógica.				/	
5. SUFICIENCIA	El instrumento contiene aspectos en cantidad y calidad.				/	
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado (a) para mejorar la gestión educativa.				/	
7. CONSISTENCIA	Basado (a) en aspectos teóricos científicos.					/
8. COHERENCIA	Entre las variables, indicadores y el instrumento.					/
9. METODOLOGÍA	El instrumento responde al propósito del diagnóstico					/
10. PERTINENCIA	Útil y adecuado (a) para la investigación					/
SUBTOTAL						12/55
TOTAL						47

VII. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

APTO PARA APLICAR

VIII. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

47

Lugar y fecha: Chiclayo 16 de junio del 2020

SELLO Y COLEGIATURA

Miguel Delgado Valera
Mg. en Gerencia en Servicios de Salud
C.M.P. 41957

Anexo 4. Matriz de Consistencia

I.1.MATRIZ DE CONSISTENCIA						
FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	MARCO TEÓRICO (ESQUEMA)	DIMENSIONES	MÉTODOS
<p>Problema General ¿Cuál es la relación de la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca?</p>	<p>Hipótesis General Existe relación entre la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020</p>	<p>Objetivo General - Determinar la relación entre la evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020.</p>	<p>Variable independiente: Evaluación de gestión de riesgos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de gestión 2. Definición de riesgos 3. Definición de la gestión de riesgos 4. Importancia de la gestión de riesgos 5. Modelo la gestión de riesgos 6. Fase de la gestión de riesgos 	<ul style="list-style-type: none"> - Historia clínica completa - Identificación de riesgos del paciente. - Reporte de los riesgos identificados. - Intervenciones sobre los riesgos identificados - Identificación de riesgos en bioseguridad 	<p>Diseño: Cuantitativa Correlacional No Experimental y transversal</p> <p>Población: Áreas del Hospital</p> <p>Muestra: Áreas del hospital</p>
		<p>Objetivos específicos - Evaluar la gestión de riesgos en el área de emergencia de</p>	<p>Variable dependiente : Seguridad del paciente</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definición de seguridad del paciente 2. Importancia 3. Dimensiones 	<ul style="list-style-type: none"> - Administración correcta de Medicamentos - Prevención de caídas de pacientes 	<p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos: Cuestionario</p>

		<p>una IPRESS de Cajamarca 2020.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020. - Relacionar las dimensiones de la evaluación de gestión de riesgos con la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020. 			<ul style="list-style-type: none"> - Identificación correcta del paciente - Prevención y reducción de riesgo de úlceras por presión - Bioseguridad 	
--	--	--	--	--	---	--

Anexo 5. Figuras de resultados

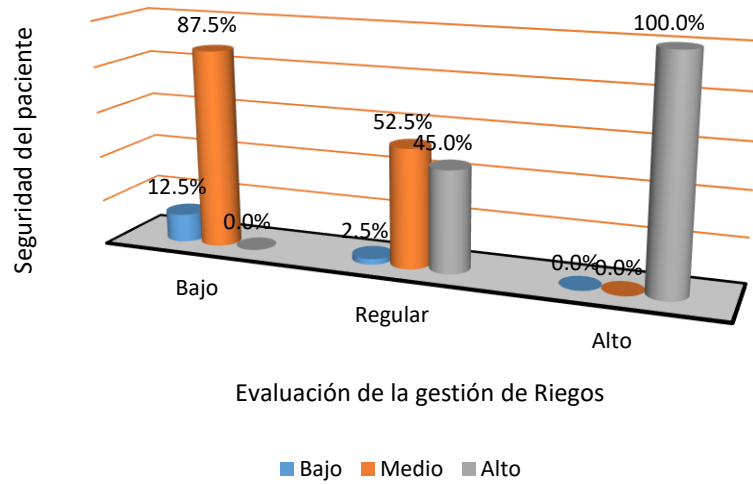
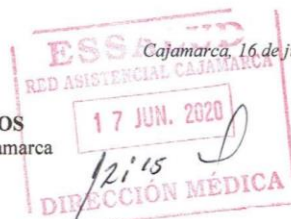


Figura 1. Correlación entre la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020

Anexo 6. Autorización del desarrollo de la investigación

Doctor
HANS WENDELL HUAYTA CAMPOS
Director Red Asistencial II Essalud Cajamarca
Presente.-



Cajamarca, 16 de junio del 2020.

ASUNTO : SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN.

Yo, Roberto Pelayo Mosqueira Moreno, identificado con DNI N° 26717419, con domicilio legal en el Jr. Misión Japonesa N° 333, Cajamarca, alumno de la Escuela de Postgrado del III ciclo, **Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud**, de la Universidad César Vallejo, trabajador de la Institución que usted dirige, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que deseando desarrollar la aplicación de instrumentos de recolección de datos de mi trabajo de investigación: **"EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EMERGENCIA DE UNA IPRESS DE CAJAMARCA"**, en la institución que usted dignamente dirige, solicito a Usted la autorización respectiva para el desarrollo de la misma.

Se adjunta carta dirigida por la Jefa de la Unidad de la Escuela de Post Grado de la Universidad Cesar Vallejo, y una copia del Proyecto de Investigación.

Agradecer por anticipado la atención que pudieran brindar a la presente.

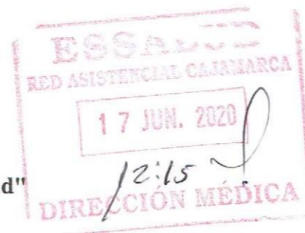
Atentamente,


Roberto Pelayo Mosqueira Moreno
Médico Pediatra
DNI: 26717419
CMP: 42721 RNE: 22511



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

"Año de la Universalización de la Salud"



09 de junio de 2020

Dr. Hans Wendell Huayta Campos
Director de la Red Asistencial II EsSalud Cajamarca.

Presente.

Es grato dirigiros a ustedes, para expresar nuestro cordial saludo y a la vez presentar al Maestrante; Roberto Pelayo Mosqueira Moreno, alumno de la Escuela de Postgrado del III ciclo, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de nuestra casa superior de estudios; quien desea desarrollar la aplicación de instrumentos de recolección de datos en la institución que usted dignamente dirige por lo que se solicita a su persona dicha autorización al maestrante tiene como título **"EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE RIESGOS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EMERGENCIA DE UNA IPRESS DE CAJAMARCA."**

Agradecemos anticipadamente la atención que pudieran brindar a la presente.

Expedimos la presente a solicitud del alumno.

Atentamente,



C.C.: VAGS-DTC-EPG, Interesado (a) y Archivo.

CAMPUS CHICLAYO
Carretera Chiclayo Pimentel Km. 3.5.
Telf. (074) 480210/Anexo:6520

NOTA N° 012 -CAPAC -UPCYRM-OPC-DM- RACAJ- ESSALUD-2020.

Cajamarca, Lunes 06 Julio del 2020.

Dr. HANS WENDEL HUAYTA CAMPOS,
 Director Medico Red Asistencial
 EsSalud Cajamarca.



ASUNTO : Autorizar Facilidades para Aplicación de Instrumento Recolección de Datos en el Trabajo de Investigación por Maestría. Alumno Dr. Roberto Pelayo Mosqueira Moreno.

REFER : a) OFICIO S/N-2020-UCV.
 b) RESOLUCIÓN N° 1421-GG-ESSALUD-2008.

Es grato dirigirme a usted, para saludarlo cordialmente y a la vez en atención al asunto mencionado sobre autorización de ingreso para el desarrollo de Proyecto de Investigación, el mismo que ha sido revisado y aprobado por el Comité de Investigación de la Red Asistencial Cajamarca.



NORMATIVIDAD: RESOLUCION N° 1421-GG-ESSALUD-2008.	7.3.4.- Favorecer la realización de estudios de investigación y ensayos clínicos locales y multicéntricos. 7.3.3.- Evaluar para su aprobación proyectos Institucionales y Extra institucionales.
TITULO	"EVALUACION DE LA GESTION DE RIESGOS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EMERGENCIA DE UNA IPRESS DE CAJAMARCA."
AUTOR	Alumno: Roberto Pelayo Mosqueira Moreno.
UNIVERSIDAD	Universidad Cesar Vallejo -UCV.
ASESORES	Dr. Patricia Margarita Rivera Castañeda.
AREAS	Servicio de Emergencia, otros.
HORARIO	A determinación del Establecimiento o Servicio.
PERIODO	A partir de la fecha hasta el 31 Julio 2020.

Por lo expuesto agradeceré a usted, se sirva emitir su autorización a fin de que las áreas antes indicadas, concedan facilidades, manifestar que el autor del mencionado Proyecto alcanzará un ejemplar de la tesis, a esta oficina.

A espera de su gentil atención, me despido de usted.

Folios:
 CC: Archivo.
 NIT: 1607 - 2020 - 000844



EVALUACION CUANTITATIVA DE PROYECTOS DE INVESTIGACION

VESTIGADOR PRINCIPAL: MEDICO PEDIATRA: ROBERTO PELAYO MOSQUEIRA MORENO

VALUACION DE LA GESTION DE RIESGOS Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EMERGENCIA DE UNA IPRESS DE CAJAMARCA 2020"

Fecha de Evaluación: 03.07.2020

Evaluado por: Dr. Ernesto Paul Medina Paredes.

ROBADO (X)

OBSERVADO ()

DESAPROBADO ()

CRITERIOS	APROBADO	OBSERVADO
MERITO CIENTIFICO:		
Importancia del problema	SI	
Grado de coherencia de los objetivos del problema	SI	
Instrumentos utilizados adecuados al Tema.	SI	
Metodología adecuada (formular ficha de recolección de datos y los instrumentos de medición)	SI	
Amplitud de la revisión de la literatura	SI	
Grado de la adecuación de la metodología con los objetivos e hipótesis.	SI	
VIABILIDAD DEL PROYECTO	SI	
RELEVANCIA DEL PROYECTO	SI	
POTENCIAL DE LA INVESTIGACION PARA RESOLVER PROB. PRACTICOS	SI	

ASPECTOS ETICOS GENERALES

Compromiso Confidencialidad:	Tiene <input checked="" type="checkbox"/>	No tiene <input type="checkbox"/>
Consentimiento informado:	Tiene <input checked="" type="checkbox"/>	No tiene <input type="checkbox"/>
Requiere Evaluación del Comité de Etica	Si <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>

MOTIVACION DEL PROYECTO

Iniciativa personal	<input type="checkbox"/>	- Tesis Bachiller:	<input type="checkbox"/>
Iniciativa grupal	<input type="checkbox"/>	- Tesis Maestría:	<input checked="" type="checkbox"/>
Requerimiento institucional	<input type="checkbox"/>	- Tesis Doctoral:	<input type="checkbox"/>
Otro: Colaborativo	<input type="checkbox"/>	- Tesis Titulo:	<input type="checkbox"/>

ASPECTOS ECONOMICOS

Autofinanciado	<input checked="" type="checkbox"/>
Financiamiento Institucional	<input type="checkbox"/>
Financiamiento Externo	<input type="checkbox"/>

CONCLUSIONES:

ES UN TIPO DE ESTUDIO CUANTITATIVO, TRANSVERSAL, DE TIPO CORRELACIONAL, NO EXPERIMENTAL.

TIENE APROBACION Y EVALUACION DEL COMITÉ DE INVESTIGACION ETICA EN LA INVESTIGACION

OBSERVACIONES:

TIENE COMO ASESOR A DRA. PATRICIA MARGARITA RIVERA CASTAÑEDA.

SE EXONERA PAGO POR SER SERVIDOR DE LA INSTITUCION.

ADJUNTAR 01 EJEMPLAR AL FINAL DEL TRABAJO Y ENTREGAR A ESTA OFICINA

ALCANZAR INFORME AVANCE DEL 50 % DEL TRABAJO DE INVESTIGACION

Firma del Evaluador: Ernesto Paul Medina Paredes
MEDICO INTERNISTA
Miembro del Comité de Investigación. Dr. Ernesto Paul Medina Paredes
CMP 41020 RNE 20508

03.07.2020

1607-2020-0844.

SEGUNDA EVALUACION

TERCERA EVALUACION