



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

**Cultura de seguridad de los pacientes y servicio
de emergencias médicas de atención prehospitalaria
en el Callao, 2021**

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

AUTORA:

Laserna Suarez, Kathia Mirna (ORCID: 0000-0003-2167-535X)

ASESOR:

Mg. Sánchez Vásquez, Segundo Vicente (ORCID: 0000-0001-6882-6982)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Dirección de los Servicios de Salud

LIMA - PERÚ

2022

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mi madre Rosa, de quien aprendí a seguir mis sueños, a luchar por ellos, con perseverancia, enfrentando temores y dificultades, sin desfallecer, que, con amor y paciencia, ha continuado guiándome y respaldándome, tras cada reto que eh decidido seguir en la vida.

Gracias, mamá por ser mi cable a tierra.

Agradecimiento

Agradezco a todas las personas que de uno u de otro modo, colaboraron en la realización de este trabajo y especialmente a los profesores, que durante todo este ciclo me dieron los conocimientos para poder desarrollarlo de un modo óptimo.

Índice de contenidos

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	4
III. METODOLOGÍA.....	13
3.1. Tipo y diseño de investigación	13
3.2. Variables y operacionalización	14
3.3. Población, muestra y muestreo	15
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos:	17
3.5. Procedimiento	18
3.6. Método de análisis de datos	19
3.7. Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS	21
4.1. Análisis Descriptivo	21
4.2. Análisis Inferencial	26
V. DISCUSIÓN.....	29
VI. CONCLUSIONES	35
VII. RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS	37
ANEXOS	

Índice de tablas

Tabla 1.Niveles de confiabilidad utilizados en los instrumentos de medición.	18
Tabla 2.Distribución de frecuencias del nivel de cultura de seguridad.....	21
Tabla 3.Distribución de frecuencia del nivel de servicio de emergencias médicas.	21
Tabla 4.Distribución de frecuencias de las dimensiones de variable servicio de emergencia medicas	22
Tabla 5.Tabla de contingencia entre la cultura de seguridad y el servicio de emergencia médicas.	23
Tabla 6.Tabla de contingencia entre la cultura de seguridad y evaluación de la escena.	23
Tabla 7.Tabla de contingencia entre la cultura de seguridad y gestion del comando de incidentes.	24
Tabla 8.Tabla de contingencia entre la cultura de seguridad y evaluación del paciente	25
Tabla 9. Correlacion de Hipotesis General	27
Tabla 10.Correlacion de Hipotesis Especificas.....	27

Índice de Figuras

Figura 1. Esquematización referida al diseño descriptivo relacional.....	14
--	----

Resumen

La cultura de seguridad del paciente está ligada a las creencias y actitudes que asumen las personas adoptan en su práctica para garantizar que no experimentaran daño innecesario o potencial relacionado a la atención en salud. Este presente estudio tiene como propósito en determinar la relación entre la cultura de seguridad y el servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021. La metodología fue aplicada, cuantitativo, no experimental, descriptivo correlacional y transversal. La muestra está conformada de 67 trabajadores que laboran en el servicio de emergencia médica de la atención prehospitalaria en el Callao aplicando dos cuestionarios relacionantes a las variables de estudio previamente validado por juicio de expertos y prueba piloto. Los resultados obtenidos según la parte descriptiva, menciona que la cultura de seguridad representa un 40.3% un nivel regular y el servicio de emergencia médica representa un 46.3% un nivel medianamente regular. En la parte inferencial, se demuestra que las variables presentan relación significativa y en Rho Spearman (0.940) que determina una correlación positiva muy alta. Concluyendo que el área de atención prehospitalaria debe implementar lineamientos y sensibilizar la importancia sobre la cultura de seguridad del paciente.

Palabras clave: cultura de seguridad, atención prehospitalaria, emergencia, salud, paciente.

Abstract

The culture of patient safety is tied to the beliefs and attitudes that people adopt in their practice to ensure that they do not experience unnecessary or potential harm related to health care. The purpose of this study is to determine the relationship between the safety culture and the emergency medical service of pre-hospital care in Callao, 2021. The methodology was applied, quantitative, non-experimental, descriptive correlational and cross-sectional. The sample is made up of 67 workers who work in the emergency medical service of pre-hospital care in Callao applying two questionnaires related to the study variables previously validated by expert judgment and pilot test. The results obtained according to the descriptive part, mentions that the safety culture represents 40.3% a regular level and the emergency medical service represents 46.3% a moderately regular level. In the inferential part, it is shown that the variables have a significant relationship and in Rho Spearman (0.940) that determines a very high positive correlation. Concluding that the pre-hospital care area must implement guidelines and raise awareness of the importance of the patient's safety culture.

Keywords: safety culture, pre-hospital care, emergency, health, patient.

I. INTRODUCCIÓN

La pandemia generada por el virus SARS CoV2, también conocida como COVID-19, desde marzo del 2020, donde se reportó el primer caso positivo en el país hasta la actualidad, generó un gran impacto económico, social y personal; durante este periodo se realizaron múltiples y diversas estrategias para enfrentar la pandemia. Hasta la fecha, se mejoraron los tratamientos, implementaron la vacunación masiva, aforos limitados en áreas concurridas y entre otras acciones que han reducido la tasa de mortalidad en la población, pero no impide las reinfecciones o que en algún caso terminen en forma severa y/o letal.

Ante esta realidad, los servicios de emergencias médicas prehospitalaria, continuó preparando y entrenando al personal de manera constantemente, generando una serie de recomendaciones, normas, guías y/o protocolos, fortaleciendo las medidas de protección para lograr mantener bajo control la cadena de transmisión de la enfermedad.

En el área prehospitalaria, el personal asistencial enfrentó la pandemia desde la primera línea de riesgo, se encargaron de evaluar y transportar a pacientes con diagnóstico positivo en fase moderada y severa, portando siempre su equipo de protección personal (EPP). Al inicio de la pandemia por falta de uso continuo, desconocimiento en el retiro correcto del equipo e incorrecta eliminación del mismo, el personal prehospitalario se contaminaba con mayor frecuencia, puesto que debían realizar el retiro y la descontaminación después de cada traslado de los pacientes que en un lapso de 24 horas entre 6 a 7 atenciones, también agregaba el riesgo a su entorno más cercano laboral o familiar; en este periodo, varios trabajadores enfermaron por COVID-19 y en algunos casos fueron letales, por esta razón es necesario mantener la cultura de seguridad ocupacional para el personal asistencial por ser de gran importancia.

Cabe resaltar también que antes de la pandemia, se evidenció que muchas entidades laborales no contaban con áreas de emergencia prehospitalaria, ni consultorio de salud ocupacional, debido a limitaciones presupuestales para su implementación sin embargo, derivaban al trabajador a la IPRESS según el seguro que le correspondiera, sin contar con algún tipo de seguimiento por parte de la

empresa, así como la educación constante al personal sobre la importancia de la bioseguridad en las atenciones diarias.

Ante esta problemática se formuló el problema de investigación: ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad y el servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021?, como problemas específicos tenemos: (a) ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad y la evaluación de la escena de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021?; (b) ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad y la gestión del comando de incidentes de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021?; y (c) ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad y la Evaluación del paciente en la atención prehospitalaria en el Callao, 2021?

Para Pino (2017), dentro de la justificación nos expone las razones que se encuentran tras la realización de la investigación. Basándose en esta justificación se demuestra por qué se hace necesario el estudio. Del mismo modo, para Hernández y Mendoza (2018), estén diferentes modos de evaluar el nivel de importancia que se encuentra dentro de una investigación: tales como el conocimiento o valor teórico, la implicación práctica, la relevancia social existente, y la utilidad metodológica presente.

Entonces, el valor de su justificación teórica se sustenta la relación entre una cultura de seguridad en el servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021; incorporando el conocimiento científico desarrollado y que esta sea la base para futuras investigaciones, al analizar y realizar una alta cultura de seguridad, a través de un eficiente servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria.

La justificación práctica está referida a que el estudio servirá para resolver o corregir el problema identificado en la entidad, ya que con una alta cultura de seguridad aportando al proceso de toma de decisiones se pretende alcanzar un eficiente servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao. Finalmente, en cuanto a la justificación metodológica, a través de la propuesta del modelo de cultura de seguridad se propondrá alcanzará una eficiente y eficaz toma de decisiones, lo cual permitirá mejorar el servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao.

El objetivo de la investigación fue determinar la relación entre la cultura de seguridad y el servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.; entre los objetivos específicos son: (a) Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la evaluación de la escena de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021. (b) Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la gestión del comando de incidentes de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021; y, (c) Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la evaluación del paciente en la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

Finalmente, se planteó la hipótesis de investigación: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad y el servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021. Las hipótesis específicas son: (a) Existe relación significativa entre la cultura de seguridad y la evaluación de la escena de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021; (b) Existe relación significativa entre la cultura de seguridad y la gestión del comando de incidentes de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021; y, (c) Existe relación significativa entre la cultura de seguridad y la evaluación del paciente en la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

II. MARCO TEÓRICO

Los estudios de investigación del ámbito internacional mencionaremos que según, Luis et al. (2020), la atención de enfermería perioperatoria mantiene un abordaje dinámico, como integral del paciente, dentro de la cirugía ambulatoria. Asociado a esta característica y con la intención de analizar la calidad que presenta la atención del área de enfermería y la seguridad, es conveniente poner atención a la cultura de seguridad del paciente. El propósito fue destacar la valoración en la cultura de seguridad del paciente dentro de la cirugía ambulatoria por las enfermeras. Dentro de las conclusiones que los autores encontraron en esta revisión ayudara a identificar cual es el concepto de las enfermeras sobre la cultura de seguridad del paciente en una cirugía ambulatoria, lo que otorgara más fuerza al impacto presente sobre la seguridad de enfermería.

Macías (2019), la misión fue describir el servicio de emergencias médicas en la atención prehospitalaria del cuerpo de bomberos de la ciudad de Manta y la relación que presento con la satisfacción de los usuarios frente al diseño de una propuesta de mejora de estos servicios. Los resultados obtenidos demostraron que el servicio de emergencias médicas de APH se relaciona de manera veraz y directa con la satisfacción de los usuarios, corroborándose así la calificación promedio de las dimensiones evaluadas, las cuales alcanzaron la puntuación de 4,29 (85,8%) logrando una calificación general de Satisfecho; a la vez han permitido corroborar que el nivel promedio de satisfacción es de 4,29/5 puntos, lo que quiere decir que se encuentran Satisfechos con el servicio recibido.

Galvao et al. (2018), buscaron estimar la cultura de seguridad del paciente dentro de un centro hospitalario universitario de Brasil. Realizan un estudio transversal manteniendo una recolección de información a través de un cuestionario. Se entrevistaron 381 funcionarios. Los datos se tasaron de forma descriptiva; dentro de sus resultados: La mayoría eran féminas (73%) dentro de enfermería (50%), se mantuvieron trato directo con los pacientes (82%). Se destaca que nueve dimensiones tuvieron baja positividad. Solo el ítem "en esta unidad el personal es tratado con respeto" obtuvo una positividad superior al 70%. La valoración de la seguridad del paciente en el área de trabajo fue marcadamente positiva para 36 empleados; aun así, solo el 22% reportó accidentes en el último

año. La conclusión resultó en que se evidenció la flaqueza en la cultura de seguridad dentro del hospital.

Rojas et al. (2018), este estudio propuso un método de selección para escoger el hospital de destino, abarcando las siguientes dimensiones que en el momento de la emergencia son vitales en el enfermo (diagnóstico, especialidad y asegurador) y en el hospital (especialidad/cercanía). concluyéndose que la técnica propuesta obtuvo un mejor tiempo de APH en un porcentaje que va por encima de la mitad de los casos estudiados, presentando una reducción media en el tiempo que va entre 40 y 80 minutos, siendo esto comparado con la técnica que se usa en la ley de emergencia que es la selección del hospital más cercano al punto de la emergencia.

Batoca et al. (2016), cuyo estudio recae en tasar la cultura de seguridad del paciente pediátrico por el personal de la salud. Un estudio descriptivo cuantitativo de una muestra no probabilística de 258 colaboradores de la salud en las áreas de pediatría y neonatología de dos hospitales. Dentro de los resultados que se obtuvieron la mayoría de los expertos han calificado la seguridad del usuario como buena o muy buena. Manteniendo sus caracteres del trabajo en equipo y se destacó positivamente y la respuesta a errores no mostraron un puntaje favorable por lo que se consideraron problemáticos. Más de 79 profesionales no han informado de eventos / percances en los últimos 12 meses. Estos datos corroboran que hay que intervenir más en la creación de una cultura de seguridad la cual fomente la notificación voluntaria e impune de errores y eventos indeseables.

En cambio de los estudios nacionales mencionaremos a Larico et al., (2021) cuya misión fue determinar la cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería en un servicio de centro quirúrgico. Aplicó un cuestionario validado obteniendo como resultado que el contacto con el paciente (92%) es óptima, en el análisis de las dimensiones fueron neutrales específicamente en la dimensión de cultura de comunicación. Concluyo el acercamiento al paciente cuenta con mayor porcentaje de aceptación y en cuanto a la dimensión aprendizaje organizacional tiene resultado positivo.

Damas (2020), cuyo propósito en su estudio fue determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la cultura organizacional en el personal de enfermería del hospital San Bartolomé. Se aplicó dos instrumentos para cada

variable, se halló el número de los participantes son mujeres, de las mismas son menores de 35 años de edad y laboran en el servicio de hospitalización. Se encontró relación significativa entre cultura de seguridad del paciente y la cultura organizacional y con una correlación positiva.

Aranzábal et al. (2018), refirieron que una rápida respuesta ante la emergencia médica suscitada brinda un manejo oportuno a la víctima. Este estudio fue aplicado por medio de encuestas, que validaron en Perú, definiendo como punto de interés la categoría de inadecuado; siendo analizado por tipo de profesión; en este estudio determinaron que: el 2% del personal evaluado no presento respuestas correctas, mientras que los que presentaron un nivel de conocimiento inadecuado. En el análisis que resulta ser multivariado, por el tipo de profesionales se determinó que destacaron 3 grupos específicos que presentaron una mayor frecuencia de conocimiento inadecuado en primeros auxilios (Médicos, Internos y residentes), así como también se destaca que los que presentan más horas dentro del servicio de urgencias presentaron un porcentaje menor del nivel de conocimiento inadecuado. Lo que claramente debe analizarse con detenimiento para poder así generar mejores programas de capacitación dentro de los centros hospitalarios.

Aybar et al. (2017), buscaron determinar cuál era el nivel de supervivencia en los pacientes considerados como prioridad de atención I y II, dentro del área de emergencia de adultos del Hospital Cayetano Heredia, se seleccionó 367 pacientes, de los cuales: 31 fueron de Prioridad I y 336 pacientes fueron de Prioridad II; quienes fueron derivados hacia el Hospital Cayetano Heredia, basándose de un muestreo aleatorio simple, se observó que, al séptimo día dentro del servicio de emergencias de adultos del Hospital Cayetano Heredia, se identificó que falleció un total de 16,1% de pacientes de prioridad de atención I, en donde el 80% de estos acudió en una unidad particular. Concluyendo, que los pacientes que fueron derivados por unidades móviles no médicas (particulares) que pertenecían al grupo dentro de la prioridad I fallecieron, así como también se observó que no hubo una marcada diferencia entre la sobrevivencia de los pacientes de prioridad I y el tipo de transporte evaluado. Durante ese periodo de investigación, no se presentaron fallecidos en pacientes con prioridad II.

Martínez (2016), en su estudio trato definir la cultura de seguridad que presentan dentro del centro quirúrgico y recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo, en Lima. Concluyó que la cultura de seguridad implica hallar una serie de mejoras dentro de las atenciones de los servicios y las condiciones de las mismas, esto merece determinar una atención integral de los aspectos presentes de estos servicios incluyendo a la administración, esto conlleva a un compromiso no solo de la gestión, sino también del servicio y de los profesionales, para mejorar de este modo aspectos de seguridad del paciente; otro punto críticos por resolver es el personal: suficiente disponibilidad y acción, la intercomunicación constante al personal asistencial sobre los errores que se encuentren y observen de la unidad, y los problemas suscitados durante el traslado de pacientes o cambios de turno.

A continuación, se desarrolla las bases teóricas, iniciando con definición de las variables, así como sus dimensiones e indicadores. Para el Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec (2021), la seguridad se basa en conservar el buen estado de la salud y la tranquilidad de los individuos y de la comunidad, tanto de los peligros, como de las condiciones que puedan provocar daños psicológicos, físicos o materiales. Es un estándar humano básico, importante para la vida diaria, que ayuda a las personas y las comunidades a realizar sus aspiraciones.

El Council of Europe (2005), la cultura de seguridad es un sistema interrelacionado de comportamiento, individual/organizacional, el cual se encuentra basado en valores y creencias compartidas, buscando continuamente poder minimizar el daño que resulta de los procesos de la prestación de atención. Por otro lado, la Escuela Europea de Excelencia (2020), refirió que la cultura de seguridad considera una serie de valores y actitudes, tanto de los individuos, como de la organización, desde su forma de entenderla como el modo en el que se desenvuelven los trabajadores. Asimismo, Cooper (2012), señaló que una parte importante de la cultura corporativa, que resalta las características laborales, individuales y organizativas las cuales afectan e influyen en la seguridad.

De Cassia et al. (2017), las enfermeras se encuentran en una posición táctica mejorando el nivel de atención, mediante intervenciones y estrategias a sustento de la tranquilidad del flemático. Se percibió el shock de los factores en el entorno gremial que recae en el paciente, destacando su seguridad las cuales pueden

terminar engañosas. Realizaron un estudio cualitativo que tuvo como impreciso investigar las percepciones que presentaban las enfermeras sobre la flema del imperturbable. Realizaron entrevistas semiestructuradas con 13 enfermeras en una sala de urgencia en un centro médico en el nordeste de Brasil. Se utilizó un estudio de contenido convencional y este se realizó sin insertar clases preconcebidas.

Los resultados se agruparon en tres segmentos: obstáculos y facilidades para adaptarse a prácticas de tranquilidad del paciente, se percibió problemas con el aprendizaje sobre seguridad del paciente y la labor de la enfermera en la calidad de las prácticas sobre la seguridad del paciente. Las enfermeras informaron que las circunstancias que afectan la seguridad del paciente se remarcan en: medios insuficientes, inconveniente en la carga de trabajo, una capacitación deficiente, el hacinamiento y comunicación ineficaz.

Tomazoni et al. (2014), realizó un estudio más detallado de la cultura de seguridad del paciente por ubicación de los trabajadores de la salud en Brasil, así como las horas de trabajo del personal médico y de enfermería en las unidades de cuidados intensivos para niños cuyos resultados observaron la diferencia entre el número de respuestas positivas a la encuesta sobre cultura de seguridad del paciente en el hospital, las advertencias de seguridad y el número de eventos reportados según características técnicas.

Hubo una diferencia significativa entre las horas de trabajo más cortas en el hospital y las horas de trabajo en el departamento con la retroalimentación más positiva; Más tiempo en el trabajo resultó en mejores resultados y menor cantidad de eventos que fueron reportados. El personal de médicos y técnicos valoraron la cultura de seguridad del paciente de forma más positiva. Concluyendo sobre las diferencias que observaron una conexión mediante la evaluación de la cultura de seguridad y las características personal en las unidades críticas neonatales.

Ribeiro et al. (2017), en Brasil ubicaron las situaciones donde se presentó mayores problemas en el uso de equipos por parte de las enfermeras de la UCI; y analizaron el impacto en la seguridad del paciente. Como resultado, existe una brecha en el programa de servicio para evaluar el rendimiento del dispositivo antes de su uso; y para las alarmas, cuando la enfermera las desconecta para minimizar los efectos de sobrecarga audible en el dispositivo. Concluyen que se han

documentado situaciones que comprometen la seguridad y suponen un riesgo grave para los pacientes, por lo que deben adoptarse estrategias que promuevan una cultura de seguridad.

Para el Instituto por una Cultura de Seguridad (2017), el enfoque estratégico para desarrollar la cultura de seguridad es tener un proyecto de largo plazo y lo define como la activación de todos los actores presentes en la institución, manteniendo una visión compartida de las fortalezas y de las debilidades dentro de la cultura existente, lo que va a hacer evolucionar de forma progresiva la cultura de seguridad. Asimismo, los indicadores son: a) conciencia compartida de los riesgos, y b) equilibrio entre lo regulado y lo gestionado.

En cuanto a la vinculación de los actores se refiere que todos los actores deben encontrarse activos en el proceso, para poder mejorar el liderazgo en la seguridad de los cargos directivos y determinar todas las acciones que favorezcan la participación de los trabajadores como una cultura integrada (ICS, 2017). Como indicadores se plantean: a) cultura integrada, y b) liderazgo de la dirección.

El Instituto por una Cultura de Seguridad (2017), nos refirió también que los procesos clave son los que incrementan un valor o inciden de modo directo en la satisfacción, componiendo de este modo una cadena del valor de la organización. Asimismo, se puede considerar dentro de los procesos clave, que, aunque no se añada un valor al cliente, se consuma recursos; como indicadores se consideran: a) cultura interrogativa, y b) cultura de la transparencia.

En cuanto al servicio de emergencias médicas, se define como un conjunto, tanto de recursos como de servicios, que se une en una red para brindar apoyo continuo a las víctimas, en el lugar del incidente y hasta que la víctima llegue al centro médico correspondiente. (USAID, 2019).

Para la USAID (2019), la evaluación de la escena es observar de forma rápida y eficaz los diferentes elementos que se encuentran en el lugar del incidente, las cuales son importante conocer para una óptima ejecución y toma de las decisiones, manteniendo la seguridad dentro de las acciones y medidas que requiera la situación de emergencia que tienen en frente. Debe observar el panorama de lo que está pasando y prever lo que probablemente ocurrirá. Los indicadores son: a) protocolo, y b) acciones emprendidas.

La gestión del comando de incidentes está referida a la planificación estratégica, organización conjunta, la dirección y control de instalaciones, tanto del equipamiento, del personal y comunicaciones, mediante los procedimientos y protocolos, operar dentro de una estructura organizacional común, responsable de optimizar los recursos asignados para lograr los objetivos requeridos en caso de un incidente u operación. Se considera los indicadores: a) recursos, y b) comunicaciones efectivas.

Además, el evaluar a un paciente, no requiere de un proceso que deba seguirse estrictamente, sin embargo, este debe mantenerse constante, lo que significa que no todos los aspectos que se presentan durante la evaluación se aplican de manera estricta a todos los pacientes y la variación del orden depende del problema frente al que se encuentran. Sus indicadores son: a) evaluación inicial, y b) evaluación en ruta.

Dentro de las dimensiones, encontramos que para Peiró (2019), un enfoque estratégico e integrado que se base en los sistemas necesarios asegurando la seguridad del paciente lo que ayudará a lograr una buena calidad en la asistencia médica, por lo que se debe constituir como un tema prioritario a nivel mundial.

Otra de las dimensiones, Moya (2018), nos refirió que en Colombia no cuentan con una directriz normativa que implique que los actores del sistema deban utilizar instrumentos estandarizados basados en la seguridad del paciente, así como instrumentos para registrar de manera sistemática, analizar y reportar los eventos adversos que encuentran dentro de la atención primaria en salud. El reto que presentan frente a su sistema de seguridad social en salud se encuentra en prever las herramientas y las políticas adecuadas para realizar así cambios que impliquen una implementación de políticas de atención Integral en Salud.

Vega (2020), nos refirió sobre la percepción que tienen los enfermeros dentro de la atención primaria en base a la seguridad del paciente, encuentran como procesos clave se encuentra como el principal y aceptado el trabajo en equipo, mas donde se encontró 3 puntos a reforzar por presentar una percepción negativa que detalla como comunicación en el error, seguimiento a los pacientes, comunicación

franca y por ultimo ritmo y carga de trabajo; detalla que este análisis debe ayudar la importancia que tiene la seguridad del paciente.

Dentro de las dimensiones que se toman en cuenta dentro de esta variable encontramos.

Escalona (2017), refirió como cultura manejada a nivel internacional que el primer paso en la asistencia prehospitalaria de urgencia en pacientes con lesiones traumáticas moderadas, así como graves, considerándose dentro del grupo a los pacientes politraumatizados; consiste en la evaluación de la escena del accidente así de cómo ocurrieron las situaciones a fin de entrar en un análisis abarcando todas las posibilidades y así determinar los posibles daños que resultaron de las fuerzas involucradas en el movimiento, todo esto viene de un proceso conocido como cinemática lo que proporciona al personal de salud una valiosa orientación para poder predecir el tipo de daño recibido.

Rodríguez (2018), nos refirió que el terremoto que sufrieron en 2017, en México, decidieron implementar un mecanismo de respuesta de emergencia por parte del sector salud, la cual fue instaurada de manera inmediata por medio de un operativo para mantener la seguridad en salud, lo que nosotros conocemos como un sistema de comando de incidentes, donde se encuentran distintos niveles de líderes locales, militares, ministerios, que se organizan de manera conjunta para así tomar las acciones prioritarias que se mantuvieron enfocadas en el restablecimiento de la capacidad local de atención médica, considerando como uno de los puntos prioritarios a la identificación de enfermedades prevalentes y así poder llevar acciones de salud pública. Aún se observa escasez tanto de planeación, como en la asignación de responsabilidades en el país vecino.

Definiendo la última dimensión que se considera, dentro de este marco, encontramos que Rivera (2012), nos refirió que el paciente traumatizado se le debe manejar inmediatamente; existiendo para ello distintos sistemas de atención basados en el A (vías respiratorias), B (ventilación), C (Circulación); teniendo estos sistemas el mismo objetivo base que es el reducir la morbilidad y mortalidad de los pacientes. Se considera que en el área prehospitalaria todo el personal médico debe estar capacitado para dar atención primaria al paciente con trauma, independientemente de la especialidad que se maneje.

Mota (2021), en Portugal realizó un estudio sobre las lesiones traumáticas que significan un impacto social y económico significativo que significa un impacto en la salud pública. Sin embargo, los datos nacionales que lo caracterizan y el papel de la enfermería que desempeña dentro de su área, aún son escasos. Presento como objetivo la evaluación de la efectividad de la intervención de enfermería en la estabilización de la víctima de trauma que pertenecen a vehículos de emergencia. Realizaron un estudio observacional, correlación descriptiva y prospectivo, tomaron como índice la gravedad de las lesiones antes y después de las intervenciones.

Se basaron en 606 casos de traumatismos por accidente de tránsito, encontrando que la intervención del personal de enfermería mejoro los índices de severidad, lo que trajo como conclusión, que la intervención del personal de enfermería en práctica preclínico mejora el cuadro clínico de las víctimas de trauma.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Carrasco (2017, p.43), Para realizar una investigación aplicada se requiere el aporte de las teorías administrativas, desarrolladas por la investigación fundamental y sustantiva. En la investigación aplicada se trata de actuar, transformar, modificar o hacer cambios en determinados ámbitos de la realidad; es decir, se define como tener metas realistas inmediatas claramente establecidas.

Según Hernández y Mendoza (2018), el investigador deberá desarrollar o elegir un diseño específico para la investigación, tomando en cuenta su intención de dar respuesta al planteamiento del problema para satisfacer los objetivos de estudio. “Al establecer y formular las hipótesis de investigación, se utiliza los diseños para someterlas a contrastación en un contexto en particular” (p.150).

También señalan que, los tipos de investigación según el diseño cuantitativo se clasifican experimentales y no experimentales. Sobre la investigación de diseño no experimental tenemos los diseños transeccionales o transversales, así como los diseños longitudinales o evolutivos. En las investigaciones de diseños transaccionales llamados también transversales, se registran los datos observados en un único momento del tiempo. Asimismo, las investigaciones de diseño descriptivo se orientan a detallar los rasgos, características y propiedades relevantes de los diversos fenómenos analizados; en este caso apuntan a las tendencias tanto de la población como del grupo. Finalmente, las investigaciones de diseño descriptivo relacional están enfocadas en la asociación de variables con un patrón predecible para la población o grupo.

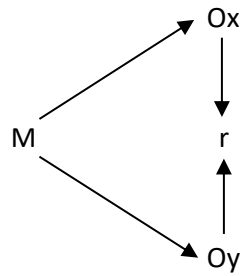


Figura 1. Esquematización referida al diseño descriptivo relacional

Considerar:

M: la muestra de investigación

Ox: variable observada cultura de seguridad

Oy: variable observada servicio emergencias médicas

r: relación entre las variables de estudio

El tipo de investigación es aplicada y en referencia al diseño la clasificación es no experimental, de corte transversal, así como descriptivo relacional.

3.2. Variables y operacionalización

Para Pino (2018, p.118), la operacionalización es una creatividad del investigador que se desarrolla en base a las dimensiones.

En cuanto a las definiciones conceptuales de las variables, tenemos:

La variable de cultura de seguridad incluye un modelo integrado de comportamientos individuales y organizacionales, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente minimizar el daño que puede resultar de la prestación de atención (Council of Europe, 2005).

La variable Servicio de emergencias médicas, Es una cadena de recursos y servicios conectados en red para brindar asistencia continua a la víctima en el lugar y antes de llegar a un centro de socorro. (USAID, 2019, p.6).

En cuanto a las definiciones operacionales de las variables, tenemos:

Variable Cultura de seguridad a través de sus dimensiones enfoque estratégico, vinculación de los actores y los procesos clave, para así determinar la

probabilidad de ocurrencia de las categorías en las cuales se clasificará la variable bajo estudio.

Variable Servicio de emergencias médicas a través de sus dimensiones que son: evaluación de la escena, sistema de comando de incidentes y las evaluaciones del paciente, para determinar la probabilidad de ocurrencia de las categorías en las que se clasificara la variable en estudio.

Dentro de la Variable cultura de Seguridad, se encuentran los siguientes indicadores: a) conciencia compartida de los riesgos; b) Equilibrio entre lo regulado y gestionado; c) Cultura integrada; d) Liderazgo de la dirección; e) Cultura interrogativa; f) Cultura de la transparencia.

Dentro de la Variable Servicio de emergencias médicas, se encuentran los siguientes indicadores: a) protocolo; b) Acciones emprendidas; c) Recursos; d) Comunicaciones; e) Evaluación inicial; f) Evaluación en ruta.

En cuanto a la escala de medición a usarse, con los instrumentos de medición: se realizará los cuestionarios de tipo escala de Likert, a través de una escala simple, por medio de las opciones: 1) Nunca; 2) Casi nunca; 3) A veces; 4) Casi siempre; 5) siempre.

3.3. Población, muestra y muestreo

Quezada (2010, p.95), define “grupo de personas, objetos, animales o cosas que poseen la información sobre el problema o suceso que se estudia”. Muestra un registro completo de actividades, tales como los: sujetos, objetos, fenómenos o datos, con algunos elementos similares. Muestra la reunión de todos los elementos del cual se puede seleccionar una muestra representativa para realizar la investigación científica.

Asimismo, está conformada por la colección de los elementos que integran al grupo bajo análisis, por lo tanto, está referido en cada elemento que forman parte de la investigación. El objetivo o propósito principal de la investigación y no rigurosamente la ubicación o límites geográficos, u otras particulares características o delimitaciones propias de ella, definen la población.

Para el estudio desarrollado, la población está constituida por los trabajadores del servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao que está constituida por 80 trabajadores hábiles.

Córdova (2013), sobre la muestra refiere “porción de la población elegida mediante alguna de las técnicas de muestreo, técnica probabilística o técnica no probabilística, determinada con la finalidad de analizar característica bajo estudio para luego inferir los resultados a la población”.

En la determinación del tamaño muestral, de poblaciones finitas con variable cualitativa, la fórmula utilizada es:

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{i^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Considerar:

N: 80 trabajadores hábiles

σ : desviación estándar poblacional

Z: corresponde al valor de la distribución normal o distribución de gauss, puede tomar los valores Z (cuando $\alpha=0.05$) = 1.96 y Z (cuando $\alpha=0.01$) = 2.58

e: límite aceptable para el error muestral

n: 67 trabajadores (tamaño muestral)

Al reemplazar los valores:

$$n = \frac{1.96^2 * 80 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 (80 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

n ≈ 67 trabajadores

El valor determinado, nos indica que debemos encuestar a **67 trabajadores** del Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Sobre el tipo de investigación según su enfoque cuantitativo, la recopilación de los datos es comparable a realizar la medición de la variable; Hernández y Mendoza (2018), señalan que “la recolección de datos supone: a) la selección de los métodos o instrumentos disponibles, adaptarlo (s) o prepararlo (s), lo cual está en función de la orientación del enfoque del estudio, así como también de la formulación del problema a investigar y de la amplitud del estudio; b) entablar la técnica de la encuesta a través de la aplicación de los instrumentos diseñados para la investigación, y c) se debe preparar los datos recolectados a través de las mediciones realizadas para analizarlos apropiadamente” (p.270).

Hernández y Mendoza (2018), también recuerdan que el cuestionario, es un documento que agrupa preguntas relativas a las variables a medir; y probablemente sea la herramienta más utilizada para la recolección de datos” (p.217). En cuanto a la escala tipo Likert, se refiere al conjunto de elementos que se muestran en forma de enunciados para medir la reacción del individuo y pueden presentarse en distintas categorías: tres, cinco o siete (p.245).

Asimismo, según Valderrama (2015), las herramientas “son utilizadas por los investigadores para recopilar y almacenar información como medio material” (p.194). Por lo tanto, las herramientas que se aplicarán para la cuantificar las variables seleccionadas adecuadamente. La encuesta se utiliza como técnica y el cuestionario como instrumento para el trabajo propuesto.

La evaluación pericial verifica la validez de la herramienta de medición para la cual se ha desglosado el marco teórico en dimensiones, constructos o indicadores y también se ha establecido el sistema de calificación en función del objetivo de la investigación para asegurar que la medición de lo que se está en Realmente quiero medir el estudio.

Basado en criterios de confiabilidad del instrumento aplicados a escalas con múltiples valores probabilísticos, utilizados para determinar la confiabilidad de escalas estructuradas o ítems con más de dos alternativas.

La ecuación matemática que calcula el nivel de consistencia y precisión, para medir el alfa de Cronbach, se utilizó la fórmula:

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

Considerando:

α = índice de confiabilidad alfa de Cronbach

k = Cantidad de constructos o número de ítems

S_i^2 = Varianza para cada uno de los ítems

S_T^2 = Varianza total.

La escala de valores que evalúa la confiabilidad está dada por la escala de valores:

Tabla 1.

Niveles de confiabilidad utilizados en los instrumentos de medición.

Instrumento excelente	0.90 a 1
Instrumento bueno	0.76 a 0.89
Instrumento débil	0.50 a 0.75
Instrumento pobre	0.01 a 0.49
Instrumento inaceptable	-1 a 0

Encontramos que Reis et al. (2016), en Brasil, quienes mostraron una tasación basada en la cultura en la seguridad del paciente dentro de un ámbito hospitalario, considerándose actualidad como un instrumento de administración, pues ayuda a identificar las áreas donde se desarrollan mayores problemas y proporcionándonos una información valiosa así como importante para conseguir proyectar una corrección sobre los problemas encontrados. En esta investigación se examinó la confiabilidad como la validez del estudio brasileño desarrollado anteriormente, basada en la cultura de la seguridad de paciente dentro de los hospitales (HSOPSC), siendo esta una herramienta de gran valor que evalúa las características que se presentan sobre la seguridad del paciente entre los trabajadores de los hospitales.

3.5. Procedimiento

Para la recolección de los datos se aplicó trabajadores del servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, fueron dos

cuestionarios, para ello, el trabajo de campo se llevó a cabo de manera virtual, también se empezó con la búsqueda de revistas, libros y artículos.

También, con la finalidad de comprobar su confiabilidad fue necesario realizar una prueba piloto entre la muestra de estudio. Entonces, se obtuvieron los datos mediante la aplicación de dos cuestionarios validados y confiabilidades metodológicamente. Previamente a ello, se gestionaron los permisos correspondientes tanto a la Universidad César Vallejo como a la institución donde se ejecutó la investigación. Además, la muestra de estudio autorizó y aprobó el uso de sus datos, en conjunto con sus respuestas a los instrumentos, a través del consentimiento informado mediante el acceso desarrollado de modo remoto y virtual en el formulario en línea. Cabe señalar, que el proceso de recopilación de los datos tuvo una duración de tres semanas, desarrollándose sin complicaciones.

3.6. Método de análisis de datos

Una vez concluida la recopilación de las respuestas de los respectivos cuestionarios, se procedió a la revisión de las respuestas obtenidas para evitar sesgos de datos y modificación de las respuestas. Luego se ingresaron los datos al programa estadístico SPSS en su versión 26, en la cual se realizó la calificación de cada cuestionario para la obtención de los puntajes totales y por dimensiones. Sobre estos valores, se aplicaron estadísticos descriptivos para obtener las frecuencias, porcentajes, medias, varianza, desviación estándar, rango y mínimos y máximos, los cuales fueron presentados en tablas.

Posteriormente se realizó el análisis inferencial mediante la prueba de hipótesis. Previamente, se aplicó la prueba de normalidad Kolmogórov-Smirnov para corroborar si los datos siguen una distribución normal y determinar la elección entre las pruebas paramétricas o no paramétricas para el análisis correlacional. Es con base a estos resultados que se aplicó los coeficientes estadísticos pertinentes (Spearman o Pearson), determinando la relación que existe entre estas variables de estudio y, a la vez, responder a los objetivos propuestos en la investigación.

3.7. Aspectos éticos

El hombre es bastante hábil desarrollando temas investigativos, esto con el paso del tiempo ha ido perfeccionando, debido que está bajo constante

averiguación, como búsqueda de nuevos conocimientos, sobre diversos temas que despiertan una gran curiosidad del sujeto.

Hay diferentes trabajos investigativos los que se fueron escribiendo, publicando y guardando, para que otras personas, logren mantener el mismo tipo de interés constantemente actualizado, accediendo a nueva información. Aunque de esta forma, estos estudios tras ser publicados correrán constante peligro que alguien se presente como autor original del mismo, por esta finalidad es que este presente trabajo busca destacar el Valor de la existencia de la Ética, como su importancia, por ello se realizara una pequeña reseña de la literatura, con la cual se ha trabajado y logrado fundamentar, como profundizar un actuar independiente, sin que se presenten condicionantes externos.

Esta hipótesis se mantiene presente dentro de la ética médica, ya que varios años atrás, recayendo en el juramento Hipocrático. Siendo que la medicina, conserva un alto carácter moral, debido a que dentro de su función busca hacer el más grande bien viable al paciente y avanzar cultivando nuevos conocimientos. Así como la ética de la indagación se ciñe a los inicios de la bioética la cual es aplicada en la metodología propia en la actividad investigadora, garantizando las buenas prácticas, la calidad y la totalidad de la producción científica. Considerándose en este breve resumen, los siguientes tres principios, en los que se está desarrollando este proyecto de tesis, dándole su respectivo nivel de importancia son autonomía, beneficencia, justicia.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis Descriptivo

Tabla 2.

Distribución de frecuencias del nivel de cultura de seguridad

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Valido (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Mala	22	32.8	32.8	32.8
Regular	27	40.3	40.3	73.1
Buena	18	26.9	26.9	100.0
Total	67	100.0	100	

En la tabla 2, se presenta los niveles de cultura de seguridad, se observa que el 40,3% de los encuestados calificaron la Cultura de seguridad como regular, el 32,8% mala y el 26,9% como buena. Se puede afirmar, que el 73.1% de los encuestados perciben que la Cultura de seguridad no es buena.

Tabla 3.

Distribución de frecuencia del nivel de servicio de emergencias médicas

	Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Valido (%)	Porcentaje Acumulado (%)
Deficiente	17	25.4	25.4	25.4
Medianamente eficiente	31	46.3	46.3	71.6
Eficiente	19	28.4	28.4	100.0
Total	67	100.0	100	

En la tabla 3, se presenta los niveles del servicio de emergencias médicas, se observa que el 46,3% de los encuestados perciben que el servicio de emergencias médicas como medianamente eficiente, el 25,4% como deficiente y el 28,4% como eficiente. Concluye, que el 71.6% de los encuestados perciben que el Servicio de emergencias médicas es deficiente.

Tabla 4.

Distribución de frecuencias de las dimensiones de variable servicio de emergencia medicas

		Frecuencia	Porcentaje (%)	Porcentaje Valido (%)	Porcentaje Acumulado (%)
D1 Evaluación de la escena	Deficiente	16	23.9	23.9	23.9
	Medianamente eficiente	32	47.8	47.8	71.6
	Eficiente	19	28.4	28.4	100
D2 Gestión del comando de incidentes	Deficiente	18	26.9	26.9	26.9
	Medianamente eficiente	35	52.2	52.2	79.1
	Eficiente	14	20.9	20.9	100
D3 Evaluación del paciente	Deficiente	18	26.9	26.9	26.9
	Medianamente eficiente	37	55.2	55.2	82.1
	Eficiente	12	17.9	17.9	100

En la tabla 4, distribución de frecuencias de las dimensiones de la variable 2 servicio de emergencia medicas según el orden que corresponde: **D1 Evaluación de la escena**, se muestra que el 47,8% de los encuestados respondieron que esta medianamente eficiente, el 28,4% como eficiente y el 23,9% como medianamente eficiente. Concluye que 71.6% de los encuestados perciben que la evaluación de la escena no es eficiente. En cuanto a la **D2: Gestión del comando de incidentes**, señala que el 52,2% de los encuestados lo califican como medianamente eficiente, el 26,9% deficiente y el 20,9% eficiente. Además, afirmo, que el 79.1% de los encuestados perciben que la gestión del comando de incidentes no es eficiente. Finalmente, en la **D3 Evaluación del paciente**, indico que el 55,2% de los encuestados califican como medianamente eficiente, el 26,9% deficiente y el 17,9% eficiente. El 82.1% de los encuestados perciben que la evaluación del paciente no es eficiente.

Objetivo General

- Determinar la relación entre la cultura de seguridad y el servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

Tabla 5.

Tabla de contingencia entre la cultura de seguridad y el servicio de emergencia médicas.

		Servicio de Emergencia Medicas				
		Deficiente	Medianamente eficiente	Eficiente	Total	
Cultura de Seguridad	Mala	f	5	10	7	22
		%	7.5%	14.9%	10.4%	32.8%
	Regular	f	7	13	7	27
		%	10.4%	19.4%	10.4%	40.3%
	Buena	f	5	8	5	18
		%	7.5%	11.9%	7.5%	26.9%
Total	f	17	31	19	67	
	%	25.4%	46.3%	28.4%	100%	

En la tabla 5, se compara las variables cultura de seguridad y servicio de emergencias médicas; que el valor alto 19,4% de los encuestados expresan que cuando la Cultura de seguridad es “regular”, el nivel del Servicio de emergencias médicas es “medianamente eficiente”; por otra parte, el valor bajo 7,5% de los encuestados indican que cuando la Cultura de seguridad es “mala”, el nivel del Servicio de emergencias médicas es “deficiente”; se repite cuando la cultura de seguridad es “buena”, el Servicio de emergencias médicas es “eficiente”.

Objetivo Específico 1

- Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la evaluación de la escena de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

Tabla 6.

Tabla de contingencia entre la cultura de seguridad y evaluación de la escena.

		Evaluación de la escena				
			Deficiente	Medianamente eficiente	Eficiente	Total
Cultura de Seguridad	Mala	f	3	12	7	22
		%	4.5%	17.9%	10.4%	32.8%
	Regular	f	9	11	7	27
		%	13.4%	16.4%	10.4%	40.3%
	Buena	f	4	9	5	18
		%	6.0%	13.4%	7.5%	26.9%
Total	f	16	32	19	67	
	%	25.4%	47.8%	28.4%	100%	

En la tabla 6, se compara las variables cultura de seguridad y evaluación de la escena; se observa que el valor alto 17.9% de los encuestados expresan que cuando la cultura de seguridad es “mala”, el nivel de evaluación de la escena es “medianamente eficiente”; por otra parte, el valor bajo 4,5% de los encuestados indican que cuando la Cultura de seguridad es “mala”, el nivel de Evaluación de la escena es “deficiente”.

Objetivo Específico 2

- Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la gestión del comando de incidentes de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

Tabla 7.

Tabla de contingencia entre la cultura de seguridad y gestión del comando de incidentes

		Gestión del comando de incidentes				
		Deficiente	Medianamente eficiente	Eficiente	Total	
Cultura de Seguridad	Mala	f	5	12	5	22
		%	7.5%	17.9%	7.5%	32.8%
	Regular	f	6	16	5	27
		%	9.0%	23.9%	7.5%	40.3%
	Buena	f	7	7	4	18
		%	10.4%	10.4%	6.0%	26.9%
Total	f	18	35	14	67	
	%	26.9%	52.2%	20.9%	100%	

En la tabla 7, se compara las variables cultura de seguridad y gestión del comando de incidentes; se observa que el valor alto 23,9% de los encuestados expresan que cuando la Cultura de seguridad es “regular”, el nivel de Gestión del comando de incidentes es “medianamente eficiente”; por otra parte, el valor bajo 6% de los encuestados indican que cuando la Cultura de seguridad es “buena”, el nivel de Gestión del comando de incidentes es “eficiente”.

Objetivo Específico 3

- Determinar la relación entre la Cultura de seguridad y la evaluación del paciente en la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

Tabla 8.

Tabla de contingencia entre la cultura de seguridad y evaluación del paciente

		Evaluación del paciente				
		Deficiente	Medianamente eficiente	Eficiente	Total	
Cultura de Seguridad	Mala	f	6	13	3	22
		%	9.0%	19.4%	4.5%	32.8%
	Regular	f	7	16	4	27
		%	10.4%	23.9%	6.0%	40.3%
	Buena	f	5	8	5	18
		%	7.5%	11.9%	7.5%	26.9%
Total	f	18	37	12	67	
	%	26.9%	55.2%	17.9%	100%	

En la tabla 8, se compara las variables cultura de seguridad y evaluación del paciente; se observa que el valor alto 23,9% de los encuestados expresan que cuando la Cultura de seguridad es “regular”, el nivel de Evaluación del paciente es “medianamente eficiente”; por otra parte, el valor bajo 4.5% de los encuestados indican que cuando la Cultura de seguridad es “mala”, el nivel de Evaluación del paciente es “eficiente”.

4.2. Análisis Inferencial

Los resultados correccionales validan la hipótesis general y específicas que se emplea en el estudio de investigación. Previamente, se analiza con la prueba de normalidad, según el número de datos recopilado se analiza la prueba Kolmogórov-Smirnov ($n=67$), para cada una de las hipótesis planteadas.

Para la comprobación de hipótesis se aplicó los criterios de pruebas no paramétricas, mediante un análisis de la prueba Rho de Spearman.

Prueba de hipótesis general

H_0 : No existe relación entre la Cultura de seguridad y el Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

H_a : Existe relación entre la Cultura de seguridad y el Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

Tabla 9.*Correlación de la hipótesis general*

Variables*Correlación	Rho Spearman	Significatividad-Bilateral	N°
Cultura de seguridad* Servicio de emergencia medicas	0,940**	0.002	67

En la tabla 9, analizando los resultados se obtiene el valor de significancia p (0,002) señala que la relación es significativa, por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna. Además, el coeficiente Rho Spearman (0,940) señala que el nivel de correlación entre las variables es positiva y alta. Se concluye la existencia la relación entre cultura de seguridad y el servicio de emergencias médicas

Prueba de hipótesis específicas:*Hipótesis específica 1*

H₀: No existe relación entre la Cultura de seguridad y la Evaluación de la escena de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

H_a: Existe relación entre la Cultura de seguridad y la Evaluación de la escena de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

Hipótesis específica 2

H₀: No existe relación entre la Cultura de seguridad y la Gestión del Comando de Incidentes de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

H_a: Existe relación entre la Cultura de seguridad y la Gestión del Comando de Incidentes de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

Hipótesis específica 3

H₀: No existe relación entre la Cultura de seguridad y la Evaluación del paciente en la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

H_a: Existe relación entre la Cultura de seguridad y la Evaluación del paciente en la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

Tabla 10.*Correlación de la hipótesis general*

Variables*Correlación	Rho Spearman	Significatividad- Bilateral	N°
Cultura de seguridad * Evaluación de la escena	0.901	0.003	67
Cultura de seguridad * Gestión de comando incidentes	0,903	0.005	67
Cultura de seguridad * Evaluación del paciente	0,901	0.002	67

En la tabla 10, analizando los resultados de cada una de las hipótesis específicas tenemos lo siguiente: **En la primera hipótesis**, se obtiene el valor p 0.003 lo que permite señalar que la relación es significativa, se acepta la hipótesis alterna. El coeficiente Rho Spearman (0,901) indica una correlación positiva alta entre ambos elementos. **En la segunda hipótesis**, se obtiene el valor p 0.005, lo que permite señalar que la relación es significativa y acepta la hipótesis alterna. El coeficiente Rho Spearman (0.903) indica una correlación positiva alta en ambos elementos. Finalmente, la **tercera hipótesis**, se obtiene el valor p 0.002 lo que permite señalar que la relación es significativa, se acepta la hipótesis alterna. El coeficiente Rho Spearman (0.901) indica una correlación positiva alta.

V. DISCUSIÓN

Con la investigación se ha comprobado, que existe relación entre la Cultura de seguridad y el Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021, hallándose un valor calculado para $p = 0,002$ a un nivel de significancia de 0,05 y un nivel de correlación 0,904.

Este resultado corrobora las conclusiones de la tesis de Martínez en Perú (2016), quien refiere que la cultura de seguridad implica buscar una serie de mejoras dentro de las atenciones de los servicios y las condiciones de las mismas, esto merece determinar una atención integral de los aspectos presentes de estos servicios, y a todas las acciones que hayan sido realizadas que conciernen tanto a todo el personal de salud y a involucrado a los responsables, incluyendo a la administración, esto conlleva a un compromiso no solo de la gestión, sino también del servicio y de los profesionales, para mejorar de este modo los niveles de seguridad del paciente.

Una cultura de seguridad, de acuerdo con la Agency for Healthcare Research and Quality-AHQR conceptualizarla como resultado de valores, actitudes, percepciones, habilidades y comportamientos individuales y colectivos que definen el compromiso, estilo y competencia de una organización con la gestión de la seguridad y salud, caracterizada por una comunicación basada en la confianza mutua Resultado de la conciencia compartida de la importancia de seguridad y confianza en la efectividad de las precauciones tomadas para evitar eventos adversos.

Es importante analizar la cultura de seguridad en la atención al paciente en las organizaciones, ya que ayuda a identificar fortalezas y oportunidades para la mejora continua de la atención, a través de la seguridad y la calidad, ya que benefician al paciente y su familia y con ello minimizan el impacto de los eventos adversos. El sector de la atención primaria de salud es una puerta de entrada para muchos usuarios y un tema de poca investigación, y además, debido a que la seguridad del paciente es una prioridad de salud pública, está plasmada en las políticas nacionales. políticas de diferentes agencias para asegurar la calidad de los servicios de salud, cultura entre proveedores de atención de enfermería, atención primaria y su asociación con variables sociodemográficas.

La seguridad del paciente es fundamental para la prestación de servicios de salud esenciales de calidad. Existe un claro consenso de que los servicios de salud de calidad en todo el mundo deben ser eficaces, seguros y centrados en las personas.

Además, para que los beneficios de una atención médica de calidad sean efectivos, los servicios de salud deben brindarse de manera oportuna, equitativa, integrada y eficaz.

Para garantizar la implementación exitosa de las estrategias de seguridad del paciente, se requieren políticas claras, habilidades de liderazgo, datos para mejorar la seguridad, profesionales de la salud capacitados y participación.

En el ámbito médico, la cultura de seguridad parece ser uno de los requisitos imprescindibles para evitar incidentes, a través de la gestión de riesgos, donde los profesionales reportan errores y actúan de forma proactiva durante el proceso de revisión para evitar otros problemas.

Por lo tanto, si una cultura de seguridad es importante para la organización, y si la organización implementa sus procesos de manera consistente teniendo en cuenta la seguridad, los resultados positivos beneficiarán a los pacientes, el personal y los pacientes, el personal, los pacientes y la atención médica.

Existe consenso en que ciertos atributos de la cultura organizacional contribuyen a la seguridad del paciente, como el trabajo en equipo, el apoyo al liderazgo y la comunicación.

Las organizaciones con una cultura de seguridad positiva se caracterizan por una comunicación abierta basada en la confianza mutua, la gestión de riesgos, la conciencia compartida de la importancia de la seguridad y el aprendizaje organizacional, y creen en medidas preventivas eficaces.

En este sentido, una razón adicional para lograr una cultura de seguridad positiva es la promoción de la notificación de incidentes por parte de los profesionales, que se considera una herramienta poderosa para mejorar la seguridad y la calidad del trabajo en el sitio.

Por lo tanto, el uso de estas herramientas de evaluación cultural es necesario para comprender las actitudes y comportamientos de los profesionales hacia la seguridad del paciente.

Los estudios de evaluación deben tener en cuenta la interacción de factores organizacionales e individuales, lo que permite una mejor comprensión de la dinámica de grupo y las actitudes individuales relacionadas con la cultura de seguridad del paciente.

La atención prehospitalaria es un servicio que se brinda a la comunidad durante emergencias, emergencias de salud, en el lugar de un evento y a otras unidades del sistema distrital de emergencias. Incluye servicios de emergencia, atención médica y transporte de personas enfermas o lesionadas fuera de un hospital, como una extensión de la atención de emergencia en un hospital.

El continuo aumento del número de emergencias y emergencias hospitalarias demuestra la necesidad de un sistema de clasificación de los pacientes que acuden a estos servicios, según su probable gravedad, para priorizar los más merecedores.

El cambio cultural en el abordaje de la calidad de la atención médica, genera impacto en el sistema sanitario, permite evaluar la experiencia del paciente más acabadamente que la satisfacción. Incorporando una medida de resultado con la experiencia del paciente. La medicina basada en el valor incorpora la atención centrada en el paciente, optimización del recurso sanitario, y el medir los resultados en los pacientes, como beneficio, utilidad, calidad de vida.

Esto se debe en gran medida que permiten a los pacientes reflexionar de manera integral sobre los aspectos interpersonales de su experiencia asistenciales, utilizarse como medida común para la presentación de informes públicos, la evaluación comparativa de instituciones y los planes de atención de la salud y proporcionar información a nivel del paciente que sea útil para impulsar estrategias de mejora de la calidad del servicio.

El conocimiento sobre la experiencia del paciente dentro de los departamentos de emergencia permite que se desarrollen y mejoren de acuerdo con las necesidades del paciente. No existe un instrumento estandarizado para

medir la experiencia del paciente. Por ello, identificar las medidas de experiencia informada por el paciente, examinar el rigor por el cual se desarrollaron y sus propiedades psicométricas cuando se juzgan contra los criterios estándar.

También, con la investigación se ha comprobado, que existe relación entre la Cultura de seguridad y la Evaluación de la escena de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021, hallándose un valor calculado para $p = 0,003$ a un nivel de significancia de 0,05 y un nivel de correlación 0,901.

Este resultado reafirma las conclusiones de la tesis de Alulema en Ecuador (2016), quien señala que el servicio de emergencias médicas prehospitalaria descansa dentro de un sistema determinado dentro de los servicios de urgencias médicas y no solamente de un servicio que traslada a los pacientes, sino en el transporte de pacientes sanitarios atendidos por personal asistencial enfocado en la evaluación de las escena, lo que requiere mantener una comunicación constante entre los usuarios y la red con la que cuentan de atención de urgencias, por intermedio de los números de marcado rápido.

La atención prehospitalaria debe caracterizarse por una evaluación, estabilización y derivación rápidas. El estado respiratorio, circulatorio y neurológico del paciente se determina en segundos, identificando las necesidades críticas y, por lo tanto, se puede iniciar el manejo inmediato de la condición del paciente. Este procedimiento debe ser rápido, por lo que nuestro esquema de evaluación es jerárquico y organizado. Cuando hablamos del escenario de seguridad, nos referimos primero a la seguridad del personal y luego a los pacientes, para ello aplicamos PAS (protección, aviso, rescate) y llamamos a los servicios de emergencia.

En seguida se comprobó la segunda hipótesis, se obtiene el valor $p 0.005$, lo que permite señalar que la relación es significativa, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. El coeficiente Rho Spearman (0.903) indica una correlación positiva alta en ambos elementos. Por consecuencia se confirma la existencia entre la Cultura de seguridad y la Gestión del Comando de Incidentes de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.

En los últimos años nos hemos enfrentado a desastres y emergencias que requieren una gestión pronta, eficiente y eficaz, donde se está considerando la

planificación, organización, equipamiento y formas de coordinar las acciones de los hospitales en caso de una emergencia.

El objetivo de SCIH-H es que los planes de respuesta ante desastres y emergencias hospitalarias se desarrollen con la participación de trabajadores de la salud de diferentes niveles y entornos, para que converjan más rápidamente y se armonicen entre sí. La integración del trabajo bajo una estructura de mando única proporcionará una mejor Soporte logístico y administrativo para todos los operadores del hospital. Además, se asegurará de que las principales funciones del hospital sean adecuadas a las necesidades y no dupliquen funciones. De esta forma, se potenciará la estructura organizativa del hospital para centrarse en la participación en el evento que está viviendo.

El comando de incidencias forma una estructura jerárquica utilizada por los bomberos, la policía y otras agencias gubernamentales para responder a las emergencias. Se considera muy útil ya que proporciona una guía operativa general para que las autoridades pertinentes tengan procedimientos efectivos para hacer frente a estas situaciones.

Asimismo, es una estructura modular que permite una respuesta unificada y coordinada a las incidencias independientemente de su complejidad. Teniendo en cuenta la interdependencia entre organizaciones e industrias, su aplicación se ha convertido en un estándar en el negocio ya que los equipos ERT pueden ser una precaución obligatoria o un requisito físico legal.

La gestión del comando de incidentes se convierte en una herramienta de objetivos basados en la gestión. El líder del incidente es responsable de establecer metas y comunicarlas a los subordinados después de acordar que son alcanzables. Con este enfoque, se puede coordinar una solución a eventos complejos o técnicos asumiendo expectativas razonables.

Finalmente, con los resultados obtenidos en la investigación, se ha comprobado que existe relación entre la Cultura de seguridad y la Evaluación del paciente en la atención prehospitalaria en el Callao, 2021, hallándose un valor calculado para $p = 0,002$ a un nivel de significancia de 0,05 y un nivel de correlación 0,901. Este resultado, también apoya las conclusiones de la tesis de Rojas, et al en Colombia (2018), planteando que busca determinar la importancia del tiempo global

dentro de la atención prehospitalaria (APH) en la evaluación del paciente el cual transcurre desde el momento que ingresa la llamada a la central operadora de emergencias hasta el tiempo que transcurre en que la ambulancia queda disponible para la atención de la siguiente emergencia.

Evaluaron el desempeño por intermedio de una simulación de eventos, concluyéndose que la técnica propuesta obtuvo un mejor tiempo de APH en un porcentaje que va por encima de la mitad de los casos estudiados, presentando una reducción media en el tiempo que va entre 40 y 80 minutos, siendo esto comparado con la técnica que se usa en la ley de emergencia que es la selección del hospital más cercano al punto de la emergencia.

VI. CONCLUSIONES

Primero: De los resultados obtenidos en la investigación, se observa que existe relación entre la Cultura de seguridad y el Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021, confirmó la aceptación de la hipótesis general, demostrando así que existe una fuerte correlación entre las variables. Estadísticamente, se muestra que existe una relación entre la cultura de seguridad y los servicios médicos de emergencia prehospitalaria en el Callao, 2021; Por tanto, se acepta la hipótesis general.

Segundo: Se confirma la relación entre la Cultura de seguridad y la Evaluación de la escena de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021 demostrando que existe la correlación alta entre los indicadores analizados.

Tercero: Al concluir con el análisis se demuestra la relación entre la cultura de seguridad y la gestión del comando de incidentes de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021, se comprobó la hipótesis específica 2, estadísticamente queda demostrado que, existe relación entre cultura de seguridad y gestión del Comando de Incidentes de la atención prehospitalaria.

Cuarto: En el análisis inferencial de este objetivo se demuestra la relación entre la cultura de seguridad y la evaluación del paciente en la atención prehospitalaria, demostrado que, existe relación entre cultura de seguridad y evaluación del paciente en la atención prehospitalaria en el Callao, 2021; por lo tanto, se aprueba la hipótesis específica planteada

VII. RECOMENDACIONES

Primero: Continuar desarrollando las competencias y destrezas de los colaboradores del servicio de emergencias médicas referidas a los procesos clave a fin de continuar incrementando la cultura interrogativa y la cultura de la transparencia, ya que como se observa en las mediciones realizadas hay un potencial para seguir incrementando resultados positivos respecto a la eficiencia del servicio de emergencias médicas (SEM), focalizándose permanentemente en el liderazgo de la dirección. Potenciar los objetivos del enfoque estratégico, buscando desarrollar una conciencia compartida de los riesgos, para lo cual socializar el protocolo que debe ejecutar a fin de brindar las soluciones en la evaluación de la escena, así como en la atención del paciente, lo cual contribuirá a mejorar la percepción de la eficiencia del servicio de emergencias médicas.

Segundo: En el área de recursos humanos DIRESA CALLAO, deben tener la consigna en desarrollar una cultura integrada respecto de la vinculación de los diversos actores en el servicio de emergencias médicas (SEM) a fin que puedan mejorar la evaluación de la escena y a la vez optimizar las mejores prácticas referidas al protocolo de atención del paciente que actualmente representa una oportunidad de mejora, para lo cual se deberá monitorear permanentemente tanto la organización del trabajo diario del equipo del servicio de emergencia médicas enfocado en temas prioritarios como las acciones emprendidas en la evaluación inicial y evaluación en ruta del paciente.

Tercero: Desde la Alta Dirección Ejecutiva DIRESA CALLAO, tiene la misión de promover en forma sostenida la cultura de seguridad con la asignación eficiente los recursos enfocándose en las comunicaciones efectivas para optimizar el tiempo de atención del equipo del servicio de emergencias médicas, lo cual aporta mayor valor en la percepción de la atención prehospitalaria. Es importante implementar un conjunto de políticas, lineamientos y procedimientos para el desarrollo óptimo de la cultura de seguridad actuando sobre la evaluación inicial y la evaluación en ruta. Contar reportes sobre las atenciones realizadas deberán permanecer actualizados considerando: los diferentes tipos de gravedad. Actualizar las técnicas para la recopilación de la información sobre las intervenciones realizadas por los trabajadores del servicio de emergencia médicas.

REFERENCIAS

- Alulema, P. (2016). Servicio de Emergencias Médicas pre-hospitalarias brindada por el Sistema Integrado de Seguridad ECU 911 en el Cantón Ambato (Tesis de maestría). Recuperada de <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3632/1/TUAMSS005-2016.pdf>
- Aranzabal-Alegria, G., Quiñones-Laveriano, D. M., Benites-Gamboa, D., Zuni-Chávez, K., y Mejia, C. R. (2018). Inadecuado nivel de conocimientos de primeros auxilios según grupo ocupacional en 25 hospitales peruanos: frecuencia y factores asociados. *Educación Médica*, 19(Supplement 3), 270–275. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.018>
- Aybar, C. E., Gómez, J. V., Castillo-Portilla, M., y Ñaña, R. C. (2017). Pacientes Asignados (Prioridad De Atención I Y li) en Emergencia-Adultos De Un Hospital General Lima, Según Tipo De Transporte Prehospitalario. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34, 37–38.
- Batoca Silva, E. M., Lopes Pedrosa, D. L., Correia de Leça, A. P., & Marques Silva, D. (2016). Health professionals' perceptions of pediatric patient safety culture. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(9), 87–94. <https://doi.org/10.12707/RIV16007>
- Carrasco, S. (2017). *Metodología de la investigación científica*. 2ª ed. Perú: Editorial San Marcos E.I.R.L.
- Cano-del Pozo, M. I., Obón-Azuara, B., Valderrama-Rodríguez, M., Revilla-López, C., Brosted-Yuste, C., Fajardo-Trasobares, E., Garcés-Baquero, P., Mateo-Clavería, J., Molina-Estrada, I., Perona-Flores, N., Salcedo-de Dios, S., & Tomé-Rey, A. (2014). Las emergencias extrahospitalarias ante la cultura de seguridad. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(5), 263–269. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2014.06.003>
- Cooper, D. (2012). Safety Culture, a model for understanding and quatifying a difficult concept. Recuperado de

http://behavioral-safety.com/articles/safety_culture_understanding_a_difficult_concept.pdf

Córdova, I. (2013) El proyecto de investigación cuantitativa. Perú: Editorial San Marcos E.I.R.L.

Council of Europe (2005). Glossary of terms related to patient and medication safety. Recuperado de

https://www.who.int/patientsafety/highlights/COE_patient_and_medication_safety_gl.pdf

Damas Castillo, K. K. (2020). Cultura de seguridad del paciente y cultura organizacional en el personal de enfermería de un hospital, lima - Perú 2019 [Universidad Privada Norbert Wiener]. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/handle/123456789/4086>

De Cássia da Ponte Portela, A., de Castro Olímpio, M. A., Ponte, M. A. V., dos Santos, F. D., de Paiva, A. F. G., & de Sousa, V. E. C. (2017). Percepción de los enfermeros sobre seguridad del paciente en el servicio de emergencia: un estudio cualitativo. *Cultura de Los Cuidados*, 21(49), 25–34. <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.49.03>

Escuela Europa de Excelencia (2020). ¿Qué es la cultura de seguridad en las organizaciones? Recuperado de

<https://www.nueva-iso-45001.com/2020/01/que-es-la-cultura-de-seguridad-en-las-organizaciones/>

Escalona Cartaya, J. A., Castillo Payamps, R. A., Pérez Acosta, J. R., y Rodríguez Fernández, Z. (2017). Algunas consideraciones en torno a la atención del paciente politraumatizado. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 46(2), 177–189.

Galvão, T. F., Lopes, M. C. C., Oliva, C. C. C., Araújo, M. E. de A., & Silva, M. T. (2018). Patient safety culture in a university hospital / Cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario / Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>

- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, Cualitativa y Mixta. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. 6ª Ed. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Instituto Nacional de Salud Pública de Quebec (2021). Competencias e información especializadas en salud pública. Recuperado de <https://www.inspq.qc.ca/es/centro-collaborador-oms-de-quebec-para-la-promocion-de-la-seguridad-y-prevencion-de-traumatismos/definicion-del-concepto-de-seguridad>
- Instituto por una Cultura de Seguridad (2017). Lo esencial de la cultura de seguridad. Recuperado de https://www.icsi-eu.org/sites/default/files/2020-07/lcsi_esencial_ES_cultura-seguridad_2017.pdf
- Larico Peralta, Y., Rosas Itucayasia, M. L., & Karimen Jetzabel Mutter Cuellar, K. J. M. C. (2021). Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería. *Revista Médica Basadrina*, 15(2), 11–20. <https://doi.org/10.33326/26176068.2021.2.1048>
- Luís Pinto, J. R., Rafael Matias, A. C., & Leitão Sarnadas, L. (2020). Nurses' assessment of patient safety culture in ambulatory surgery: scoping review protocol. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 1–5. <https://doi.org/10.12707/RV20059>
- Macías, C. (2019). Servicio de Emergencias Médicas en la atención pre-hospitalaria del Cuerpo de Bomberos de Manta y su relación con la satisfacción de los usuarios (Tesis de maestría). Recuperada de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:ac7lyqHoTJYJ:repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/13170/1/T-UCSG-POS-MGSS-189.pdf+&cd=5&hl=es&ct=clnk&gl=pe#104>
- Martín Manjarrés, S. (2013). Aplicación de los principios éticos a la metodología de

la investigación. Revista Enfermería en cardiología N.º 58-59 / 1. 27^{er} y 2.º cuatrim 2013 (27). https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/58_59_02.pdf

Martínez, V. (2016), Cultura de seguridad del Centro Quirúrgico y Recuperación del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, 2015 (Tesis de maestría). Recuperada https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5301/Martinez_chv.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Moya Sáenz, O. L. (2018). La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una actividad que podría quedar en el olvido? Revista Gerencia y Políticas de Salud, 17(34), 1–16. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.spap>

Mota, M., Cunha, M., Santos, E., Figueiredo, Â., Silva, M., Campos, R., & Reis Santos, M. (2021). Effectiveness of prehospital nursing interventions in stabilizing trauma victims. Revista de Enfermagem Referência, 6, 1–8. <https://doi.org/10.12707/RV20114>

Muñoz, W. (2012). Servicio de Emergencias Médicas de las urgencias pre-hospitalarias del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Guayaquil, 2012 (Tesis de maestría). Recuperada <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9579/1/Tesis%20William.pdf>

Oficina de Asistencia para Desastres del Gobierno de los Estados Unidos. USAID/OFDA (2019). Recuperado <https://scms.usaid.gov/sites/default/files/documents/1866/MR%20-%20SBV.pdf>

Peiró Callizo, E., Iruretagoiena Sánchez, M. L., Fernández Pérez, L., Tapia Bello, M. Á., Bilbao Markaida, B., Marino Miguel, A., y Añel Rodríguez, R. (2019). Seguridad del paciente e integración asistencial. International Journal of Integrated Care (IJIC), 19(S1), 1–2. <https://doi.org/10.5334/ijic.s3075>

Pino, R. (2018). Metodología de la investigación. Elaboración de diseños para contrastar hipótesis. 2ª Ed. Perú: Editorial San Marcos.

Pinto, P., y Trelles, L. (2012). Epidemiología de las consultas de emergencias realizadas en dos unidades móviles pre- hospitalarias en Montevideo entre

enero 2006 a diciembre 2008. *Biomedicina*, 7(3), 28–46.

- Pires, M. P. de O., Pedreira, M. L. G., & Peterlini, M. A. S. (2015). Surgical Safety in Pediatrics: practical application of the Pediatric Surgical Safety Checklist / Cirurgia segura em pediatria: aplicação na prática do Checklist Pediátrico para Cirurgia Segura / Cirugía segura en pediatría: aplicación en la práctica del Checklist Pediátrico para Cirugía Segura. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 23(6), 1105–1112. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0553.2655>
- Quezada, N. (2010). *Metodología de la investigación*. Lima, Perú: Empresa Editora Macro.
- Reis, C. T., Laguardia, J., Vasconcelos, A. G. G., & Martins, M. (2016). Reliability and validity of the Brazilian version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC): a pilot study / Confiabilidad y validez de la versión brasileña de la Investigación sobre Cultura de Seguridad del Paciente en Hospitales (HSOPSC): un estudio piloto / Confiabilidade e validade da versão brasileira da Pesquisa sobre Cultura de Segurança do Paciente em Hospitais (HSOPSC): um estudo piloto. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(11). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00115614>
- Ribeiro, G. da S. R., Silva, R. C. da, Ferreira, M. de A., & Silva, G. R. da. (2017). Violations of Nurses in the Use of Equipment in Intensive Care / Violaciones en El Uso De Equipo Por Las Enfermeras en La Unidad De Terapia Intensiva / Violações No Uso De Equipamentos Por Enfermeiros Na Terapia Intensiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 26(2). <https://doi.org/10.1590/0104-07072017006050015>
- Rivera-Flores, J. (2012). Evaluación primaria del paciente traumatizado. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 35(2), 136–139.
- Rojas Cortés, V., Romero, L., Barrera, D., y Suárez, D. R. (2018). Selección de hospital destino para el traslado de urgencia de pacientes. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(35), 1–17. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.shdt>
- Rodríguez-Sánchez, D. I., Escamilla-Santiago, R. A., García-Rodríguez, G., & López-Cervantes, M. (2018). Terremotos y salud en México: atención de la

emergencia en el Istmo de Tehuantepec. *Salud Pública de México*, 60, s90–s96. <https://doi.org/10.21149/9405>

Salazar-Raymond, M.B.; Icaza-Guevara, M. y Alejo-Machado, O.J. (2018). La importancia de la ética en la investigación. *Universidad y Sociedad* [online]. 2018, vol.10, n.1, pp.305-311. Epub 02-Mar-2018. ISSN 2218-3620.

Tomazoni, A., Rocha, P. K., Souza, S. de, Anders, J. C., & Malfussi, H. F. C. de. (2014). Patient safety culture at neonatal intensive care units: perspectives of the nursing and medical team / Cultura de segurança do paciente em unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas da equipe de enfermagem e médica / Cultura de seguridad del paciente en unidades de terapia intensiva neonatal: perspectivas del equipo enfermero y médico. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 22(5), 755–763. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3624.2477>

Ugaz, M., y Soltau, S. (2012). El servicio de seguridad y salud en el trabajo. *Derecho PUCP*, 69, 571–584.

<https://doi.org/10.18800/derechopucp.201201.023>

Valderrama, S. (2013). Pasos para elaborar proyectos y tesis de investigación científica. 2ª. Ed. Perú: Editorial San Marcos.

Vega-Ramirez, F. A., Salazar, J. G., y Lopez-Liria, R. (2020). Percepcion de la cultura de seguridad del paciente en enfermeros de atencion primaria/Perception of Patient'S Safety Culture in Primary Care Nurses. *Psychology, Society, y Education*, 12(2), 49. <https://doi.org/10.25115/psye.v10i1.2811>

Velásquez, A. y Rey, N. (2013). Metodología de la Investigación Científica. Perú: Editorial San Marcos E.I.R.L.

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de consistencia

Titulo	Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicador	Instrumento de medición	Escala de medición		
	PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL									
	¿Cuál es la relación que existe entre la Cultura de seguridad y el Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021?	Determinar la relación que existe entre la Cultura de seguridad y el Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.	Existe relación entre la Cultura de seguridad y el Sistema de Comando de Incidentes de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.	Cultura de seguridad	Patrón integrado de comportamientos individual y organizacional, basado en creencias y valores compartidos, que busca continuamente minimizar el daño que puede resultar de los procesos de prestación de atención (Council of Europe, 2005).	La investigación se fundamenta en el estudio de la variable Cultura de seguridad a través de sus dimensiones en enfoque estratégico, vinculación de los actores y los procesos clave, para determinar la probabilidad de ocurrencia de las categorías en las que se clasifica la variable bajo estudio.	Conciencia compartida de los riesgos	Equilibrio entre lo regulado y gestionado	Cultura integrada	Liderazgo de la dirección		
	PROBLEMAS ESPECIFICOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS	HIPÓTESIS ESPECIFICOS									
Cultura de seguridad en el Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.	¿Cuál es la relación que existe entre la Cultura de seguridad y la Evaluación de la escena de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021?	Determinar la relación que existe entre la Cultura de seguridad y la Evaluación de la escena de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.	Existe relación entre la Cultura de seguridad y la Evaluación de la escena de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.							Procesos clave	Cultura interrogativa	Cultura de la transparencia
	¿Cuál es la relación que existe entre la Cultura de seguridad y la Gestión del Comando de Incidentes de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021?	Determinar la relación que existe entre la Cultura de seguridad y la Gestión del Comando de Incidentes de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.	Existe relación entre la Cultura de seguridad y la Gestión del Comando de Incidentes de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.	Servicio de emergencias médicas	Es una cadena de recursos y servicios, unidos en una red para prestar asistencia continua a una víctima, en el lugar del incidente y hasta la llegada a un centro asistencial (USAID, 2019, p.6).	La investigación se fundamenta en el estudio de la variable Servicio de emergencias médicas a través de sus dimensiones evaluación de la escena, sistema de comando de incidentes y las evaluaciones del paciente, para determinar la probabilidad de ocurrencia de las categorías en las que se clasifica la variable en estudio.	Evaluación de la escena	Protocolo	Acciones emprendidas	Recursos	Comunicaciones efectivas	
	¿Cuál es la relación que existe entre la Cultura de seguridad y la Evaluación del paciente en la atención prehospitalaria en el Callao, 2021?	Determinar la relación que existe entre la Cultura de seguridad y la Evaluación del paciente en la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.	Existe relación entre la Cultura de seguridad y la Evaluación del paciente en la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.				Evaluación del paciente	Evaluación Inicial	Evaluación en ruta			

ANEXO 2. Matriz de operacionalización de variables

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO	RANGO	ESCALA
Cultura de seguridad	Enfoque estratégico	Conciencia compartida de los riesgos Equilibrio entre lo regula	1 al 4	Cuestionario con escala de valores LIKERT	BUENA	Muy de acuerdo (5) De acuerdo (4) Ni de acuerdo Ni en desacuerdo (3) En desacuerdo (2) Muy en desacuerdo (1)
	Vinculación de los actores	Cultura integrada Liderazgo de la dirección	5 al 8		REGULAR	
	Procesos clave	Cultura interrogativa Cultura de la transparencia	9 al 12		MALA	
Servicio de emergencias médicas	Evaluación de la escena	Protocolo Acciones emprendidas	1 al 4	Cuestionario con escala de valores LIKERT	EFICIENTE	
	Gestión del Comando de Incidentes	Recursos Comunicaciones	5 al 8		MEDIANAMENTE EFICIENTE	
	Evaluación del paciente	Evaluación inicial Evaluación en ruta	9 al 12		DEFICIENTE	

Variable 1: Cultura de Seguridad

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS o Constructos	ESCALA DE RESPUESTAS	NIVEL DE MEDICIÓN
Cultura de seguridad	Enfoque estratégico	Conciencia compartida de los riesgos	¿La visión compartida de los riesgos más importantes constituye la base fundamental de la cultura de seguridad vinculados con los procesos de prestación de atención?	BUENA REGULAR MALA	ORDINAL
			¿Se actualizan permanentemente los riesgos que suponen una mayor amenaza para los trabajadores?		
		Equilibrio entre lo regulado y gestionado	¿Se promueve un equilibrio en referencia a los procedimientos y la iniciativa del personal durante el servicio de emergencias médicas?		
			¿La prevención de los riesgos más importantes constituye un factor de equilibrio para la mejora continua de la seguridad en la prestación del servicio de emergencias médicas?		
	Vinculación de los actores	Cultura integrada	¿El desarrollo de una cultura de seguridad integrada busca un nivel de seguridad alto durante las intervenciones?		
			¿Una cultura integrada implica una permanente interacción entre todos los actores implicados y un liderazgo fuerte por parte de la dirección?		
	Procesos clave	Liderazgo de la dirección	¿El liderazgo efectivo de la dirección promueve una cultura de seguridad integrada entre los trabajadores?		
			¿El liderazgo de la dirección está orientado al reforzamiento de las competencias de los mandos operativos para mejorar la calidad del funcionamiento colectivo?		
Cultura interrogativa		¿La cultura interrogativa propicia la atención al detalle de los riesgos de seguridad en las operaciones de los servicios de atención?			
		¿En la organización se comparte la convicción de que los riesgos nunca pueden ser totalmente controlados?			
Cultura de la transparencia	Cultura de la transparencia	¿La comunicación efectiva entre el nivel directivo y los trabajadores son claves para desarrollar una cultura de transparencia?			
		¿La dirección desarrolla capacitaciones sobre buenas prácticas para instaurar un clima de confianza en materia de seguridad?			

Variable 2: Servicio de emergencias médicas (SEM)

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS o Constructos	ESCALA DE RESPUESTAS	NIVEL DE MEDICIÓN	
Servicio de emergencias médicas (SEM)	Evaluación de la escena	Protocolo	¿La persona que recibe la solicitud de asistencia recibe capacitación en obtener los datos necesarios para activar el protocolo de actuación?	EFICIENTE MEDIANAMENTE EFICIENTE DEFICIENTE	ORDINAL	
			¿Al atender un servicio de emergencias médicas la prioridad absoluta es controlar las situaciones peligrosas en la escena de acuerdo a los protocolos?			
	Acciones emprendidas		¿Las acciones emprendidas por el personal del SEM busca fundamentalmente estabilizar las condiciones del paciente?			
			¿Las acciones ejecutadas en la APH están en el marco de una operación planeada que muestra el profesionalismo del equipo que está respondiendo a las demandas del incidente?			
	Gestión del Comando de Incidentes	Recursos	¿Es eficiente el uso de recursos para prestar asistencia en el lugar del incidente y hasta la llegada a un centro asistencial?			
			¿La correcta administración de los recursos asignados permite lograr efectivamente los objetivos pertinentes a la APH?			
	Evaluación del paciente	Comunicaciones				¿La comunicación efectiva entre los miembros del equipo es un elemento importante al activar el SEM?
						¿Al llegar a la zona, el coordinador del equipo realiza una inspección rápida del lugar, para evaluar la naturaleza del evento, y hacer de inmediato el reporte a la central de comunicaciones?
		Evaluación inicial	¿La evaluación inicial comprende verificar que la escena sea segura tanto para el paciente así como para los trabajadores del SEM?			
		Evaluación en ruta	¿El cuidado de las lesiones específicas del paciente se realiza mediante un examen físico para corregir cualquier problema encontrado en la evaluación inicial?			
		¿El principal propósito al efectuar la evaluación en ruta es determinar problemas médicos que puedan amenazar la vida del paciente?				
		¿La falta de notificación al hospital receptor sobre la condición del paciente retrasa el manejo intrahospitalario?				

ANEXO 3. CUESTIONARIO CULTURA DE SEGURIDAD

Cuestionario sobre CULTURA DE SEGURIDAD

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario se usará para conocer sobre la CULTURA DE SEGURIDAD que se desarrolla en la atención prehospitalaria en el Callao, 2021. Este documento se aplicará en un solo acto a los trabajadores del el Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021. Los trabajadores del el Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao,, al responder el cuestionario, deberán marcar con una "X" el valor de la calificación correspondiente. Recuerde que no hay respuesta correcta ni incorrecta. Las respuestas son confidenciales y anónimas.

DATOS INFORMATIVOS:

Edad: años
Servicio:

Sexo: F () M ()
Especialidad:

Fecha: / / 2021
Tiempo laboral:

OPCIONES DE RESPUESTA:

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

VARIABLE	No.	DIMENSIONES E ITEMS	ESCALA				
			5	4	3	2	1
Cultura de seguridad	ENFOQUE ESTRATÉGICO		5	4	3	2	1
	1	¿La visión compartida de los riesgos más importantes constituye la base fundamental de la cultura de seguridad vinculados con los procesos de prestación de atención?					
	2	¿Se actualizan permanentemente los riesgos que suponen una mayor amenaza para los trabajadores?					
	3	¿Se promueve un equilibrio en referencia a los procedimientos y la iniciativa del personal durante el servicio de emergencias médicas?					
	4	¿La prevención de los riesgos más importantes constituye un factor de equilibrio para la mejora continua de la seguridad en la prestación del servicio de emergencias médicas?					
	VINCULACIÓN DE LOS ACTORES		5	4	3	2	1
	5	¿El desarrollo de una cultura de seguridad integrada busca un nivel de seguridad alto durante las intervenciones?					
	6	¿Una cultura integrada implica una permanente interacción entre todos los actores implicados y un liderazgo fuerte por parte de la dirección?					
	7	¿El liderazgo efectivo de la dirección promueve una cultura de seguridad integrada entre los trabajadores?					
	8	¿El liderazgo de la dirección está orientado al reforzamiento de las competencias de los mandos operativos para mejorar la calidad del funcionamiento colectivo?					
	PROCESOS CLAVE		5	4	3	2	1
	9	¿La cultura interrogativa propicia la atención al detalle de los riesgos de seguridad en las operaciones de los servicios de atención?					
10	¿En la organización se comparte la convicción de que los riesgos nunca pueden ser totalmente controlados?						
11	¿La comunicación efectiva entre el nivel directivo y los trabajadores son claves para desarrollar una cultura de transparencia?						
12	¿La dirección desarrolla capacitaciones sobre buenas prácticas para instaurar un clima de confianza en materia de seguridad?						

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO 4. FICHA TÉCNICA DE CUESTIONARIO CULTURA DE SEGURIDAD

- Nombre: Escala de Medición de la Cultura de Seguridad.
- Autora: Kathia Mirna Laserna Suárez.
- Año: 2021.
- Aplicación: Individual.
- Ámbito de aplicación: Personal asistencial de atención prehospitalaria de la Región Callao.
- Duración: 15 minutos.
- Tipo de Instrumento: Cuestionario con escala de valores LIKERT.
- Objetivo: Determinar la relación existente entre la Cultura de seguridad y el Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.
- Tamaño de Población: La población de estudio está conformada por 80 trabajadores asistenciales de atención prehospitalaria de la Región Callao.
- Tamaño y distribución de la muestra: La porción de la población elegida indica que se debe encuestar a 67 trabajadores del área asistencial de atención prehospitalaria de la Región Callao.
- Tipo de muestreo Aplicado: Se aplica muestreo probabilístico.
- Puntos de Muestreo: área asistencial de servicio de atención prehospitalaria de la Región callao.
- Fecha de Campo: 15 de octubre al 16 de noviembre 2021.

ANEXO 5 Cuestionario para Servicio de Emergencia Medica (SEM)

Cuestionario sobre SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS (SEM)

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario se usará para conocer sobre el SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS en la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.
 Este documento se aplicará en un solo acto a los trabajadores del el Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.
 Los trabajadores del el Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao., al responder el cuestionario, deberán marcar con una "X" el valor de la calificación correspondiente.
 Recuerde que no hay respuesta correcta ni incorrecta.
 Las respuestas son confidenciales y anónimas.

DATOS INFORMATIVOS:

Escuela: _____ Edad: _____ años Sexo: F () M () Fecha: / / 2021

OPCIONES DE RESPUESTA:

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

VARIABLE	No.	DIMENSIONES E ITEMS	ESCALA				
			5	4	3	2	1
Servicio de emergencias médicas (SEM)	EVALUACIÓN DE LA ESCENA						
	1	¿La persona que recibe la solicitud de asistencia recibe capacitación en obtener los datos necesarios para activar el protocolo de actuación?					
	2	¿Al atender un servicio de emergencias médicas las prioridad absoluta es controlar las situaciones peligrosas en la escena de acuerdo a los protocolos?					
	3	¿Las acciones emprendidas por el personal de SEM busca fundamentalmente estabilizar las condiciones del paciente?					
	4	¿Las acciones ejecutadas en la APH están en el marco de una operación planeada que muestra el profesionalismo del equipo que está respondiendo a las demandas del incidente?					
	GESTIÓN DEL COMANDO DE INCIDENTES		5	4	3	2	1
	5	¿Es eficiente el uso de recursos para prestar asistencia en el lugar del incidente y hasta la llegada a un centro asistencial?					
	6	¿La correcta administración de los recursos asignados, permite lograr efectivamente los objetivos pertinentes a la APH?					
	7	¿La comunicación efectiva entre los miembros del equipo es un elemento importante a activar el SEM?					
	8	¿Al llegar a la zona, el coordinador del equipo realiza una inspección rápida del lugar, para evaluar la naturaleza del evento, y hacer de inmediato el reporte a la central de comunicaciones?					
	EVALUACIÓN DEL PACIENTE		5	4	3	2	1
	9	¿La evaluación inicial comprende verificar que la escena sea segura tanto para el paciente así como para los trabajadores del SEM?					
10	¿El cuidado de las lesiones específicas del paciente se realiza mediante un examen físico para corregir cualquier problema encontrado en la evaluación inicial?						
11	¿El principal propósito al efectuar la evaluación en ruta es determinar problemas médicos que puedan amenazar la vida del paciente?						
12	¿La falta de notificación al hospital receptor sobre la condición del paciente retrasa el manejo intrahospitalario?						

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO 6. Ficha técnica de cuestionario del servicio emergencia médica (SEM)

- Nombre: Escala de Medición del Servicio de emergencias médicas.
- Autora: Kathia Mirna Laserna Suárez.
- Año: 2021.
- Aplicación: Individual.
- Ámbito de aplicación: Personal asistencial de atención prehospitalaria de la Región Callao.
- Duración: 15 minutos.
- Tipo de Instrumento: Cuestionario con escala de valores LIKERT.
- Objetivo: Determinar la relación existente entre la Cultura de seguridad y el Servicio de emergencias médicas de la atención prehospitalaria en el Callao, 2021.
- Tamaño de Población: La población de estudio está conformada por 80 trabajadores asistenciales de atención prehospitalaria de la Región Callao.
- Tamaño y distribución de la muestra: La porción de la población elegida indica que se debe encuestar a 67 trabajadores del área asistencial de atención prehospitalaria de la Región Callao.
- Tipo de muestreo Aplicado: Se aplica muestreo probabilístico.
- Puntos de Muestreo: área asistencial de servicio de atención prehospitalaria de la Región callao.
- Fecha de Campo: 15 de octubre al 16 de noviembre 2021.

Anexo 7. Confiabilidad por consistencia interna de los instrumentos

Fiabilidad del instrumento de la variable Cultura de seguridad

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.896	0.894	12

Fiabilidad del instrumento de la variable Servicio de emergencias médicas

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
0.891	0.896	12

Anexo 8. Baremo de las variables y sus dimensiones

Enfoque estratégico	Buena	16	a	20
	Regular	10	a	15
	Mala	4	a	9
Vinculación de los actores	Buena	16	a	20
	Regular	10	a	15
	Mala	4	a	9
Procesos clave	Buena	16	a	20
	Regular	10	a	15
	Mala	4	a	9
CULTURA DE SEGURIDAD	Buena	45	a	60
	Regular	29	a	44
	Mala	12	a	28
Evaluación de la escena	Eficiente	16	a	20
	Medianamente eficiente	10	a	15
	Deficiente	4	a	9
Gestión del Comando de Incidentes	Eficiente	16	a	20
	Medianamente eficiente	10	a	15
	Deficiente	4	a	9
Evaluación del paciente	Eficiente	16	a	20
	Medianamente eficiente	10	a	15
	Deficiente	4	a	9
SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS	Eficiente	45	a	60
	Medianamente eficiente	29	a	44
	Deficiente	12	a	28

ANEXO 9. Certificado de validez de contenido del instrumento cultura de seguridad

Fuente: Elaboración propia.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE La variable Cultura de Seguridad.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSION 1: Enfoque estratégico							
1	¿La visión compartida de los riesgos más importantes constituye la base fundamental de la cultura de seguridad vinculados con los procesos de prestación de atención?	X		X		X		
2	¿Se actualizan permanentemente los riesgos que suponen una mayor amenaza para los trabajadores?	X		X		X		
3	¿Se promueve un equilibrio en referencia a los procedimientos y la iniciativa del personal durante el servicio de emergencias médicas?	X		X		X		
4	¿La prevención de los riesgos más importantes constituye un factor de equilibrio para la mejora continua de la seguridad en la prestación del servicio de emergencias médicas?	X		X		X		
	DIMENSION 2: Vinculación de los actores	Si	No	Si	No	Si	No	
5	¿El desarrollo de una cultura de seguridad integrada busca un nivel de seguridad alto durante las intervenciones?	X		X		X		
6	¿Una cultura integrada implica una permanente interacción entre todos los actores implicados y un liderazgo fuerte por parte de la dirección?	X		X		X		
7	¿El liderazgo efectivo de la dirección promueve una cultura de seguridad integrada entre los trabajadores?	X		X		X		
8	¿El liderazgo de la dirección está orientado al reforzamiento de las competencias de los mandos operativos para mejorar la calidad del funcionamiento colectivo?	X		X		X		
	DIMENSION 3: Procesos clave	Si	No	Si	No	Si	No	
9	¿La cultura interrogativa propicia la atención al detalle de los riesgos de seguridad en las operaciones de los servicios de atención?	X		X		X		
10	¿En la organización se comparte la convicción de que los riesgos nunca pueden ser totalmente controlados?	X		X		X		
11	¿La comunicación efectiva entre el nivel directivo y los trabajadores son claves para desarrollar una cultura de transparencia?	X		X		X		
12	¿La dirección desarrolla capacitaciones sobre buenas prácticas para instaurar un clima de confianza en materia de seguridad?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: PEÑA CERNA Aquiles Antonio

DNI: 42353436

Especialidad del validador: ...Mg. en Gestión Empresarial y Marketing

¹ Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Lima, 3 de octubre de 2021



Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: GAMARRA CABELLO César Alberto

DNI: 25602133

Especialidad del validador: ...MBA en Administración Estratégica de Empresas - ~~Centrum PUCP Bussiness School~~

¹ pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Lima, 3 de octubre de 2021



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE La variable Cultura de seguridad

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Enfoque estratégico							
1	¿La visión compartida de los riesgos más importantes constituye la base fundamental de la cultura de seguridad vinculados con los procesos de prestación de atención?	X		X		X		
2	¿Se actualizan permanentemente los riesgos que suponen una mayor amenaza para los trabajadores?	X		X		X		
3	¿Se promueve un equilibrio en referencia a los procedimientos y la iniciativa del personal durante el servicio de emergencias médicas?	X		X		X		
4	¿La prevención de los riesgos más importantes constituye un factor de equilibrio para la mejora continua de la seguridad en la prestación del servicio de emergencias médicas?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Vinculación de los actores	Si	No	Si	No	Si	No	
5	¿El desarrollo de una cultura de seguridad integrada busca un nivel de seguridad alto durante las intervenciones?	X		X		X		
6	¿Una cultura integrada implica una permanente interacción entre todos los actores implicados y un liderazgo fuerte por parte de la dirección?	X		X		X		
7	¿El liderazgo efectivo de la dirección promueve una cultura de seguridad integrada entre los trabajadores?	X		X		X		
8	¿El liderazgo de la dirección está orientado al reforzamiento de las competencias de los mandos operativos para mejorar la calidad del funcionamiento colectivo?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Procesos clave	Si	No	Si	No	Si	No	
9	¿La cultura interrogativa propicia la atención al detalle de los riesgos de seguridad en las operaciones de los servicios de atención?	X		X		X		
10	¿En la organización se comparte la convicción de que los riesgos nunca pueden ser totalmente controlados?	X		X		X		
11	¿La comunicación efectiva entre el nivel directivo y los trabajadores son claves para desarrollar una cultura de transparencia?	X		X		X		
12	¿La dirección desarrolla capacitaciones sobre buenas prácticas para instaurar un clima de confianza en materia de seguridad?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): **SI HAY SUFICIENCIA**

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: **MIRANDA BAZALAR Jesús Eduardo**

DNI: 40403208

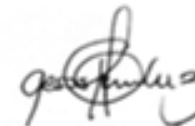
Especialidad del validador: ...Magíster en Gestión del Talento Humano

¹ Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Lima, 3 de octubre de 2021



ANEXO 10. Certificado de validez de contenido del instrumento servicio de emergencia médica (SEM)

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE La Variable Servicio de emergencias medicas

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Evaluación de la escena							
1	¿La persona que recibe la solicitud de asistencia recibe capacitación en obtener los datos necesarios para activar el protocolo de actuación?	X		X		X		
2	¿Al atender un servicio de emergencias médicas la prioridad absoluta es controlar las situaciones peligrosas en la escena de acuerdo a los protocolos?	X		X		X		
3	¿Las acciones emprendidas por el personal del SEM busca fundamentalmente estabilizar las condiciones del paciente?	X		X		X		
4	¿Las acciones ejecutadas en la APH están en el marco de una operación planeada que muestra el profesionalismo del equipo que está respondiendo a las demandas del incidente?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Gestión del comando de incidentes							
5	¿Es eficiente el uso de recursos para prestar asistencia en el lugar del incidente y hasta la llegada a un centro asistencial?	X		X		X		
6	¿La correcta administración de los recursos asignados permite lograr efectivamente los objetivos pertinentes a la APH?	X		X		X		
7	¿La comunicación efectiva entre los miembros del equipo es un elemento importante al activar el SEM?	X		X		X		
8	¿Al llegar a la zona, el coordinador del equipo realiza una inspección rápida del lugar, para evaluar la naturaleza del evento, y hacer de inmediato el reporte a la central de comunicaciones?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Evaluación del paciente							
9	¿La evaluación inicial comprende verificar que la escena sea segura tanto para el paciente, así como para los trabajadores del SEM?	X		X		X		
10	¿El cuidado de las lesiones específicas del paciente se realiza mediante un examen físico para corregir cualquier problema encontrado en la evaluación inicial?	X		X		X		
11	¿El principal propósito al efectuar la evaluación en ruta es determinar problemas médicos que puedan amenazar la vida del paciente?	X		X		X		
12	¿La falta de notificación al hospital receptor sobre la condición del paciente retrasa el manejo intrahospitalario?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): **SI HAY SUFICIENCIA**

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: **MIRANDA BAZALAR Jesús Eduardo** DNI:
40403208

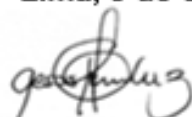
Especialidad del validador: ...**Magíster en Gestión del Talento Humano**

¹ Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Lima, 3 de octubre de 2021

-----  -----

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE La variable servicio de emergencia medica

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Evaluación de la escena							
1	¿La persona que recibe la solicitud de asistencia recibe capacitación en obtener los datos necesarios para activar el protocolo de actuación?	X		X		X		
2	¿Al atender un servicio de emergencias médicas la prioridad absoluta es controlar las situaciones peligrosas en la escena de acuerdo a los protocolos?	X		X		X		
3	¿Las acciones emprendidas por el personal del SEM busca fundamentalmente estabilizar las condiciones del paciente?	X		X		X		
4	¿Las acciones ejecutadas en la APH están en el marco de una operación planeada que muestra el profesionalismo del equipo que está respondiendo a las demandas del incidente?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Gestión del comando de incidentes	Si	No	Si	No	Si	No	
5	¿Es eficiente el uso de recursos para prestar asistencia en el lugar del incidente y hasta la llegada a un centro asistencial?	X		X		X		
6	¿La correcta administración de los recursos asignados permite lograr efectivamente los objetivos pertinentes a la APH?	X		X		X		
7	¿La comunicación efectiva entre los miembros del equipo es un elemento importante al activar el SEM?	X		X		X		
8	¿Al llegar a la zona, el coordinador del equipo realiza una inspección rápida del lugar, para evaluar la naturaleza del evento, y hacer de inmediato el reporte a la central de comunicaciones?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Evaluación del paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
9	¿La evaluación inicial comprende verificar que la escena sea segura tanto para el paciente, así como para los trabajadores del SEM?	X		X		X		
10	¿El cuidado de las lesiones específicas del paciente se realiza mediante un examen físico para corregir cualquier problema encontrado en la evaluación inicial?	X		X		X		
11	¿El principal propósito al efectuar la evaluación en ruta es determinar problemas médicos que puedan amenazar la vida del paciente?	X		X		X		
12	¿La falta de notificación al hospital receptor sobre la condición del paciente retrasa el manejo intrahospitalario?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): **SI HAY SUFICIENCIA**

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: **PEÑA CERNA Aquiles Antonio**

DNI: 42353436

Especialidad del validador: **...Mg. en Gestión Empresarial y Marketing**

¹ Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Lima, 3 de octubre de 2021



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE La variable Servicio de emergencias medicas

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1: Evaluación de la escena							
1	¿La persona que recibe la solicitud de asistencia recibe capacitación en obtener los datos necesarios para activar el protocolo de actuación?	X		X		X		
2	¿Al atender un servicio de emergencias médicas la prioridad absoluta es controlar las situaciones peligrosas en la escena de acuerdo a los protocolos?	X		X		X		
3	¿Las acciones emprendidas por el personal del SEM busca fundamentalmente estabilizar las condiciones del paciente?	X		X		X		
4	¿Las acciones ejecutadas en la APH están en el marco de una operación planeada que muestra el profesionalismo del equipo que está respondiendo a las demandas del incidente?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: Gestión del comando de incidentes	Si	No	Si	No	Si	No	
5	¿Es eficiente el uso de recursos para prestar asistencia en el lugar del incidente y hasta la llegada a un centro asistencial?	X		X		X		
6	¿La correcta administración de los recursos asignados permite lograr efectivamente los objetivos pertinentes a la APH?	X		X		X		
7	¿La comunicación efectiva entre los miembros del equipo es un elemento importante al activar el SEM?	X		X		X		
8	¿Al llegar a la zona, el coordinador del equipo realiza una inspección rápida del lugar, para evaluar la naturaleza del evento, y hacer de inmediato el reporte a la central de comunicaciones?	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3: Evaluación del paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
9	¿La evaluación inicial comprende verificar que la escena sea segura tanto para el paciente, así como para los trabajadores del SEM?	X		X		X		
10	¿El cuidado de las lesiones específicas del paciente se realiza mediante un examen físico para corregir cualquier problema encontrado en la evaluación inicial?	X		X		X		
11	¿El principal propósito al efectuar la evaluación en ruta es determinar problemas médicos que puedan amenazar la vida del paciente?	X		X		X		
12	¿La falta de notificación al hospital receptor sobre la condición del paciente retrasa el manejo intrahospitalario?	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): **SI HAY SUFICIENCIA**

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr./ Mg: **GAMARRA CABELLO César Alberto** **DNI: 25602133**

Especialidad del validador: ...**MBA en Administración Estratégica de Empresas - Centrum PUCP Bussiness School**

¹ Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Lima, 3 de octubre de 2021



ANEXO 11. AUTORIZACION DE LA INSTITUCION

Gobierno Regional del Callao
Dirección Regional de Salud del Callao
Oficina Ejecutiva De Gestión de Desarrollo
De Recursos Humanos

SOLICITO: PERMISO PARA TRABAJO DE INVESTIGACION

DIRECTOR REGIONAL DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

S.D.:

Yo, KATINA MIRNA LUSSENS SUAREZ identificado con
DNI: 10335711 domiciliado en 5^{ta} MARILINA DE (PARTE) CDNA E. CDF 2 DPTO 401
Teléfono 951323896 Profesión MEDICO CIRUJANO TRUJILLO - 70001
Universidad COLEGIO VALLEJO Correo Electrónico KATINA.SUAREZ@gmail.com

Ante usted me presento y expongo:

Que, deseando realizar mi proyecto de investigación para lo cuyo efecto acompaño la documentación requerida.

I. Datos Generales

- 1.1. Título del proyecto de investigación : Cultura de seguridad de los pacientes del servicio de emergencias médicas de atención pre hospitalaria en el Callao, 2021
- 1.2. Autor, coautores, personal de apoyo : KATINA MIRNA LUSSENS SUAREZ
- 1.3. Establecimiento de origen y/o institución de procedencia : DIRESA CALLAO
- 1.4. Lugar de ejecución del proyecto : OFICINA DE DEFENSA REGIONAL
- 1.5. Duración del proyecto : 2 meses

II. Planteamiento del problema de investigación : EVALUAR EL NIVEL DE CULTURA DE SEGURIDAD QUE SE MANTIENE CON LOS PACIENTES DENTRO DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS MEDICAS DE ATENCION PRE HOSPITALARIA EN LA REGION CALLAO

III. Objetivos y alcances de la investigación

DETERMINAR LA RELACION EXISTENTE EN LA CULTURA DE SEGURIDAD Y EL SERVICIO DE EMERGENCIAS MEDICAS DE LA ATENCION PRE HOSPITALARIA

POR LO TANTO:

Solicito se sirva ordenar a quien corresponda la aprobación del proyecto de investigación en
mención



Callao, 10 de Del 2021

[Handwritten signature]

- Adjuntar Perfil del Proyecto



**GOBIERNO
REGIONAL
CALLAO**

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO

"Decenio de La Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"



CONSTANCIA N° 024-2021- COMITÉ DE ÉTICA/UI/DIRESACALLAO

El que suscribe, Presidente del Comité de Ética para la Investigación de la Dirección Regional de Salud del Callao, deja constancia que el proyecto de investigación titulado **"CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES Y SERVICIO DE EMERGENCIAS MÉDICAS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN EL CALLAO, 2021"**, ha sido evaluado y aprobado por nuestro Comité Institucional de Ética en Investigación, no habiéndose encontrado objeciones en dicho protocolo de acuerdo a los estándares propuestos por nuestro Comité y se ejecutará bajo la responsabilidad de **KATHIA MIRNA LASERNA SUÁREZ**.

La fecha de aprobación tendrá vigencia desde el 22 de noviembre del 2021 hasta el 22 de noviembre del 2022; los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Se debe notificar a este comité cualquier cambio en el Protocolo, en el consentimiento informado o eventos adversos, así mismo se deberán presentar informes trimestrales de los avances efectuados, de igual forma al finalizar su investigación deberá ser presentada de forma física y magnética a través de la Unidad de investigación de la DIRESA Callao.

Callao, 22 de noviembre del 2021


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DEL CALLAO
Dr. EDUARDO J. NICÓLETTI ALBORNOZ
C. N. P. 23018 - RNEP 14378
Presidente
Comité de Ética para la Investigación
"Unidad de Investigación" - Dirección Regional de Salud del Callao

EJNA/mfar

www.diresacallao.gob.pe
humanos@diresacallao.gob.pe

Jr. Colina N° 879 - Bellavista - Callao
Teléfonos 4650048 - FAX 4290578