



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

**Gestión de riesgo sanitario y cultura de seguridad del paciente
en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023**

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

AUTORA:

Pozo Pecho, Katherine Elizabeth (orcid.org/0009-0006-1851-5653)

ASESORES:

Dra. Huauya Leuyacc, Maria Elena (orcid.org/0000-0002-0418-8026)

Dr. Mescua Figueroa, Cesar (orcid.org/0000-0002-6812-2499)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad en las prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA - PERÚ

2024

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi madre Melva Pecho Nieto por su apoyo permanente en mi formación profesional y soporte en toda esta etapa de estudio, trabajo y maternidad.

A mi padre en el cielo que es la luz que siempre me guía, sé que estaría muy orgulloso de mí como siempre lo ha estado.

A mi hija Emmita que me impulsa a dar lo mejor de mí siempre.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por tantas bendiciones en mi vida.

A mis docentes y asesores de tesis por sus enseñanzas, guía y su aporte científico en el desarrollo de la tesis y en mi formación profesional.

A mi hermano Alfredo Pozo por su tiempo, soporte y apoyo estadístico en la presente tesis.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, HUAUYA LEUYACC MARIA ELENA, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, asesor de Tesis titulada: "Gestión de riesgo sanitario y cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023", cuyo autor es POZO PECHO KATHERINE ELIZABETH, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 13.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 02 de Enero del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
HUAUYA LEUYACC MARIA ELENA DNI: 10354243 ORCID: 0000-0002-0418-8026	Firmado electrónicamente por: MAHUAUYALE el 04- 01-2024 17:43:15

Código documento Trilce: TRI - 0716196





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, POZO PECHO KATHERINE ELIZABETH estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Gestión de riesgo sanitario y cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
KATHERINE ELIZABETH POZO PECHO DNI: 44069319 ORCID: 0009-0006-1851-5653	Firmado electrónicamente por: KPOZOP el 02-01-2024 11:43:46

Código documento Trilce: TRI - 0716217

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CARÁTULA	
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DEL ASESOR	iv
DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD DEL AUTOR	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
ÍNDICE DE TABLAS	vii
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA.....	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Variables y operacionalización.....	14
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	17
3.5. Procedimientos	18
3.6. Método de análisis de datos.....	18
3.7 Aspectos éticos	19
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN.....	30
VI. CONCLUSIONES.....	36
VII. RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS.....	38
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Características demográficas de los profesionales de un instituto de salud, Lima, 2023.	22
Tabla 2:	Relación entre la gestión de riesgo sanitario y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	27
Tabla 3:	Relación entre la gestión de riesgo sanitario dimensión identificación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	28
Tabla 4:	Relación entre la gestión de riesgo sanitario dimensión análisis -evaluación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	29
Tabla 5:	Relación entre la gestión de riesgo sanitario dimensión planificación - implementación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	30
Tabla 6:	Relación entre la gestión de riesgo sanitario dimensión seguimiento - revisión y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	31
Tabla 7:	Prueba de normalidad de la variable gestión de riesgo sanitario y cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 : Gestión de riesgo sanitario en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	24
Figura 2: Dimensiones de la gestión de riesgo sanitario en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	24
Figura 3: Cultura de seguridad del paciente en los profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	25
Figura 4: Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente en los profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	26

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre la gestión de riesgo sanitario y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. La metodología que se utilizó tuvo un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal descriptivo y correlacional. La muestra estaba compuesta por 80 profesionales del servicio de Emergencia – UCI. Se utilizaron dos cuestionarios: gestión de riesgo sanitario y cultura de seguridad del paciente, ambos validados. Los resultados mostraron que el 62.50% tiene un nivel regular de gestión de riesgo sanitario mientras un 37.5% es de nivel bueno, en cuanto a la variable cultura de seguridad del paciente se encuentra el mayor porcentaje en las respuestas neutrales (91.25%), y un mínimo porcentaje de respuestas positivas. Se concluyó que existe una relación directa positiva media entre ambas variables con un p-valor 0,019 y un coeficiente de correlación 0,261; no existe relación entre la gestión de riesgo sanitario dimensión identificación, análisis-evaluación, seguimiento-revisión y la cultura de seguridad del paciente; sin embargo, existe una relación directa positiva baja entre la gestión de riesgo dimensión planificación-implementación y cultura de seguridad del paciente.

Palabras clave: Gestión de riesgo, riesgo sanitario, cultura de seguridad del paciente, profesionales.

ABSTRACT

The general objective of the research was to determine the relationship between health risk management and patient safety culture in professionals in a health institution, Lima, 2023. The methodology used had a quantitative, non-experimental, cross-sectional, descriptive, and correlational approach. The sample consisted of 80 professionals from the Emergency Service-UCI. Two questionnaires were used: health risk management and patient safety culture, both of which were validated. The results show that 62.50% have a regular level of health risk management while 37.5% are at a good level, in terms of the variable culture of patient safety there is the highest percentage in neutral responses (91.25%), and a minimum percentage of positive responses. It was concluded that there is a mean positive direct relationship between both variables with a p-value of 0.019 and a correlation coefficient of 0.261; There is no relationship between the health risk management dimension identification, analysis-evaluation, follow-up-review, and the culture of patient safety; However, there is a low positive direct relationship between risk management, the planning-implementation dimension, and patient safety culture.

Keywords: Risk management, health risk, patient safety culture, professionals.

I. INTRODUCCIÓN

Gestionar los riesgos a nivel mundial es una estrategia muy manejada en el área sanitaria que fué experimentado una importante evolución a medida que fueron documentándose diversos eventos adversos; llevando a un reconocimiento sobre la importancia de gestionar los riesgos sanitarios como estrategia para prevenir y mitigar los eventos (Aguirre & Vásquez, 2020). La Organización de cooperación y desarrollo económico (2020) lo considerada una prioridad de salud mundial muy difícil de gestionar, ya que más de 3 millones de pacientes mueren cada año como resultado de errores de tratamiento. También se estima que 1 por cada 10 que se atendieron en algún nosocomio resultaron con lesiones por problemas en su atención. (Slawomirski & Klazings, 2020).

Se han realizado diversos estudios estadísticos y epidemiológicos demostrando las consecuencias de la atención sanitaria en el paciente Shi et al., (2019) las cuales representan morbilidad y mortalidad elevada siendo la mayoría en los países desarrollados (Gutiérrez, 2018). El sistema de salud (Reino Unido) del año 2000 estimó que se producen 850.000 eventos al año, asimismo en el año 2018 según Journal of Patient Safety calcula que las muertes a causa de la atención hospitalaria ascienden a 400.000 al año, siendo la tercera causa de mortalidad en los EE. UU y que podrían haberse evitado aplicando diversas practicas seguras con efectividad demostrada (Panagioti et al., 2019).

El Perú siendo parte de la Asamblea Mundial de Salud, identifica la importancia de la gestión de riesgos (GR) a través del Ministerio de Salud, así como sus autoridades sanitarias, al dotar de comités, directrices y procedimientos transparentes en sus líneas y protocolos; promoviendo la adopción de políticas de gestión, de riesgos saludables. El Perú ha dirigido todos sus esfuerzos en optimizar la salud de la población desarrollando una Comitiva de Seguridad a nivel sectorial (2004), implementando un “Plan de seguridad del paciente”, en varios hospitales. RM143-2006/MINSA.

La institución de salud se ha comprometido en mejorar la cultura de seguridad del paciente (CSP) bajo lineamientos específicos y orientan sus

intervenciones para el soporte en esta gestión, los mismos que resultan insuficiente otorgándole mayor prioridad donde cada uno de los servicios es responsable de reportar los eventos de manera anónima; sin embargo, pese a todas las medidas adoptadas por la institución, se ha evidenciado un llenado incompleto del registro de eventos adversos o la omisión su reporte por temor; se evidencia también según análisis de situación de salud hospitalaria 2020-2021 un total de 73 casos de eventos de lesiones por presión, 17 casos de caídas y 23 reportes de flebitis, eventos que sucedieron durante el cuidado a los pacientes; debiéndose reforzar los conceptos; de seguridad en el personal que imparten los cuidado (Veliz et al., 2022).

Por lo expuesto se presentó la problemática de este estudio a través de la siguiente interrogante: ¿Qué relación existe entre la gestión de riesgo sanitario y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023? Seguidamente fueron planteados los problemas específicos ¿Qué relación existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión identificación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023? ¿Qué relación existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión análisis - evaluación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, ¿2023? ¿Qué relación existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión planificación - implementación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023? ¿Qué relación existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión seguimiento - revisión y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023?

Como justificación teórica, este estudio aportó conocimientos vanguardistas a exactitud sobre temas de GR y CSP, debido a que no cuenta con un estudio similar. Como justificación práctica este estudio proporcionó información actualizada y datos valiosos que evidencian la situación actual de los riesgos sanitarios y seguridad por lo que sirvió de guía para poder realizar una intervención oportuna, utilizando estrategias enfocadas a prevenir el error, control, disminución del daño y seguimiento de los riesgos. El aporte social benefició

directamente a todos los pacientes, promoviendo un clima adecuado de seguridad, optimizando cuidados y reforzando la lealtad del personal con su centro; laboral, motivándolos a una participación activa.

Por consiguiente, objetivo general consistió en determinar la relación entre la gestión de riesgo sanitario y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. Asimismo, los objetivos específicos: Indicar la relación que existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión identificación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. Identificar la relación que existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión análisis - evaluación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. Analizar la relación que existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión planificación–implementación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. Conocer la relación que existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión seguimiento – revisión y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

La hipótesis general fué: existe relación entre la gestión de riesgo sanitario y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. De igual manera las hipótesis específicas fueron: Existe una relación entre la gestión de riesgo sanitario dimensión identificación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. Existe una relación entre la gestión de riesgo sanitario dimensión análisis - evaluación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. Existe una relación entre gestión de riesgo sanitario dimensión planificación - implementación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. Existe una relación entre la gestión de riesgo sanitario dimensión seguimiento - revisión y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

II. MARCO TEÓRICO

Gutiérrez (2023) investigó a los trabajadores de un centro de salud en Ayacucho con el fin de ver la relación entre GR y estrés laboral. Fue un estudio cuantitativo, correlacional; con 132 trabajadores como muestra, aplicando 2 cuestionarios. Como resultado se encontró un coeficiente de correlación de 0.558, por lo que si mejora la GR el estrés laboral será menor; concluyendo que existe un nexo inverso y moderado entre sus dimensiones sumado a que el 60.6% considera que la gestión de riesgo es regular y el 65.9% tiene un estrés moderado.

Santa Cruz (2022) realizó una investigación en el hospital de Cusco a los profesionales identificando como gestionan los riesgos en salud y su vínculo con calidad de atención brindada, estudio básico, cuantitativo, con muestra de 105 trabajadores. Concluyendo una relación positiva fuerte entre las variables con una correlación de 0.832, donde el 81.9% presenta un nivel alto, 16% nivel medio y 1.9% nivel bajo con respecto a gestión de riesgo donde las dimensiones estudiadas fueron 3, la primera dimensión de eficiencia obtuvo que un 80% lo considera bajo, y un 76.2% alto; en accesibilidad el 84% es de nivel alto y finalmente la dimensión de seguridad 71% es de nivel medio.

Suarez (2022) estudió a la variable CSP relacionándola con la GR en las enfermeras de un nosocomio, Tumbes; aplicando un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, no experimental, conformado por 30 profesionales de salud, aplicándose 2 cuestionarios con escala Likert para la medición de sus variables; mostrando como resultado una relación positiva alta, con una significancia de 0.001 y una correlación de 0.757; obteniendo en frecuencia de la variable el 84.62% para nivel bueno, 14.79% nivel regular y 0.59% nivel malo. En conclusión, existe un vínculo entre las variables y todas las dimensiones estudiadas.

Guerrero (2021) estudió la conexión de dos variables; CSP y GR en trabajadores de un centro hospitalario particular en Lima, fue un estudio cuantitativo, no experimental; la muestra la conformaron 50 participantes, aplicándose cuestionarios validados y confiables, resultando 0.145 de significancia, aceptando a hipótesis nula; dentro de los resultados se obtuvo que

el 92% percibe una gestión del riesgo buena y regular un 8%. Se concluye que ambas variables no están relacionadas y que solo se acepta la hipótesis con una significancia de 0.008 de la segunda dimensión: análisis / evaluación.

Mosqueira (2020) estudió el vínculo entre la GR en salud y la CSP; en emergencia en hospital, Cajamarca; enfoque cuantitativo, correlacional, diseño no experimental. Conformaron la muestra 65 trabajadores asistenciales, utilizándose la encuesta como medio de recolección de datos; el instrumento constó de 2 cuestionarios conformados con 18 y 14 ítems respectivamente. Dentro de los resultados obtenidos el 61,5% realizaba evaluaciones de riesgos periódicas y el 53,8% mencionó que el nivel de SP era alto. Concluyendo que existe un nexo importante entre la evaluación de la GR y la CSP en situaciones de emergencia.

En referencia a los trabajos previos revisados en el contexto internacional se tiene a Banchón (2020) que estudió las variables; GR en salud y la CSP en el personal en un hospital privado, Guayaquil; enfoque cuantitativo, básico, diseño no experimental, descriptivo; con 51 profesionales como muestra, mediante dos instrumentos. Los resultados demuestran que tienen una gestión adecuada (80.4%) y un porcentaje alto (74.5%) de cultura de la seguridad, de igual manera con las dimensiones organización; (80.4%), planeación (72.5%), dirección (98%) y control (80.4%); concluyendo que presentaron un nivel adecuado en gestión y un alto conocimiento en cultura de seguridad, lo que significa una correlación nula positiva.

López et al. (2019) estudiaron la GR en salud y la CSP en enfermeras de un Hospital Especializado de Salud, México; estudio cuantitativo, correlacional; utilizaron dos instrumentos, uno para medir la GR y otro midió la CSP, con muestra de 168 trabajadores resultando con una categoría buena el 72%, regular 18.5% en GR y deficiente 8.9% y una media de 51.19% en la segunda variable, concluyendo la existencia del vínculo entre ambas variables con un p-valor de .000 y coeficiente de .636, reafirmando la relación positiva fuerte entre las variables en estudio.

Kaya (2019) estudió la conexión entre la GR y los incidentes en la CSP en

un hospital de Inglaterra, estudio cuantitativo de correlación, resultando que los hospitales con nivel más alto de gestión de riesgos informan de más incidentes planteando un nexo significativo entre variables y donde los hospitales de niveles bajos de gestión de riesgo no muestran significancia estadística; concluyendo que existe la probabilidad de que los hospitales que tengan mayor incidentes reportados tengan una mejor gestión del riesgo, lo que indica tener una mejor cultura de notificación de incidentes.

Polanco (2019) ejecutó un estudio para identificar la GR sanitarios en el hospital de baja complejidad de Viña del Mar; fué un estudio cuantitativo, con diseño descriptivo correlacional, aplicándose una encuesta a una muestra de 50 participantes profesionales, procediéndose a tabular y sistematizar los datos mediante la Rho Spearman, con significancia $<0,01$; concluyendo la relación moderada entre las variables donde para el análisis de la variable gestión de riesgos el 46% pensó que era bueno, 42% lo señala con nivel regular y el 12% indica que la situación era mala.

Silva et al. (2020) evaluaron la GR sanitario en el profesional sanitario en un nosocomio de la ciudad de Rio de Janeiro, con un método descriptivo, enfoque cuantitativo y una población de 105 trabajadores, realizándose un muestreo por conveniencia siendo 55 participantes para el estudio, se recolectaron los datos mediante una entrevista semiestructurada de preguntas abiertas. En los resultados y conclusiones para el análisis de la variable se evidencio que el 52% refería un nivel óptimo, el 35% nivel moderado y el 10% indicó que la situación para gestionar los riesgos/era mala.

Respecto a la GR, Martínez (2002) indicó que identifica, analiza, evalúa, controla y disminuye la posibilidad de efectos secundarios en la asistencia en salud. Sespa (2018) refirió que contribuye al logro de metas propuestas. Según Bell & Nuzzo (2021) engloba los factores que atentan contra atención médica. Según Rosado & Martínez (2005) mejora la calidad de atención sanitaria. Según Brenes (2018) es una estrategia de transición de política de atención de salud, basada en la interacción y descripción de los servicios mediante monitoreo y seguimiento de los riesgos. Yenka la Rosa (2020) resaltó que “el sistema de salud

debe alinear programas que respondan a los riesgos, con infraestructura, equipamiento especializado, personal calificado y capacitado, etc.". Según Pardo (2018) se necesita utilizar las herramientas adecuadas que permitan calificarlos cualitativa como cuantitativamente. Redondo (2004) indicó que se debe intervenir en su triple variante.

Desde esa postura Agra-Valera (2021) identificó 4 dimensiones para esta variable y son: dimensión de identificación del riesgo, donde según Moya (2018) es el primer paso para ayudar a las organizaciones a planificar los riesgos potenciales que pueden presentarse. Carreño et al. (2018) lo expuso como el proceso encargado de documentar cualquier riesgo ocasionado en el quehacer profesional que pueda impedir que se logren los objetivos; y son ejecutados mediante sistemas y documentos legales; entre ellos encontramos la historia clínica del paciente, notificaciones de eventos, indicadores, estadísticas, manifestación verbal del usuario y profesionales, buzones de sugerencias y reclamos entre otros. Esta dimensión desarrolla 6 indicadores:

Para el indicador formato de medicamentos, López et al. (2018) argumentaron que es un documento legal desarrollado por el profesional de salud. Cubas & Valero (2018) indicaron que su fin es sumar beneficios y disminuir los riesgos de salud apoyando decisiones sobre evolución y necesidades del paciente, siendo clara, legible, consignando datos completos, fecha y hora, sin abreviaturas, sin enmendaduras, con colores correspondientes, culminando con la firma y sello del profesional. Para el indicador formato de prevención de caídas el Insnsb (2019) mencionaron que son acciones dirigidas a disminuir caídas accidentales del paciente. En 2022 la organización sanitaria mundial lo definió como el hecho que propicia al usuario hacia el suelo en contra su voluntad, indiferentemente de la edad. Coppedge et al. (2016) refirieron que al ser una causa de lesiones se deben tomar medidas preventivas donde se evidencie la información necesaria; para controlar y disminuir el índice de caídas.

En el indicador identificación del paciente, la OMS comentó que es un procedimiento que cumple una práctica segura durante la estancia hospitalaria. Para tal efecto Insnsb (2021) hizo hincapié en el uso del brazalete de identificación

en la muñeca u otra zona del cuerpo del paciente con el nombre, número de historia clínica, grupo-factor y fecha de nacimiento; por otro lado el tablero de identificación debe estar ubicado en un lugar visible de la unidad del paciente incluyendo datos específicos del paciente. En el indicador formato de prevención y cuidado de úlceras por presión Torra et al. (2020) estandarizaron criterios para la prevención, curación y la recuperación de las úlceras por presión, definiéndola como lesión localizada en la piel, tejido diana y subyacente, ocasionado por factores como presión (dispositivos clínicos), isquemia y fuerzas táctiles. Hernández & Verdú (2019) planteó que su valoración se basa de diversos patrones y escalas específicas.

En cuanto al indicador de manejo de residuos hospitalarios; según Singh, Kumar & Roy (2018) tienen funciones de gestión técnica y se manejan según normativa como parte del sistema hospitalario. Abarca & Escobar (2018) lo definieron como consecuencias de actividades asistenciales. Según la Norma técnica en salud (2012) los clasificaron según los riesgos asociados (biocontaminados, desechos especiales y desechos comunes). Referente al indicador medidas de bioseguridad, Palacios & Holguín (2019) comentaron que tiene como objetivo proteger la salud, debido a diferentes tipos de su exposición a riesgos. De similar manera Cobos (2021) acotó que la gerencia garantiza el cumplimiento de estas políticas y delega autoridad, brindando facilidades para su aplicación en el control de infecciones como el lavado e higienización de manos y uso de indumentaria de protección personal.

Para la segunda dimensión análisis-evaluación del riesgo Reyes (2018) precisó que se basa en la identificación de varios factores asociados a eventos adversos y su posterior valoración, lo que permite determinar el impacto y probabilidad de que el riesgo ocurra. De acuerdo con Álvarez (2020) estos factores son previamente identificados mediante el análisis de riesgos. Carreño et al. (2018) acotaron que este proceso identifica factores de riesgo específicos para cada paciente y utiliza una variedad de herramientas analíticas. En esta dimensión encontramos 5 indicadores: el primer indicador es la filiación del paciente, donde Peña et al. (2023) plantearon que es un registro ordenado e

importante de todos los datos recopilados e información personal del paciente, como el nombre, edad, sexo, número de historia clínica, lugar de nacimiento, estado civil, residencia, datos del acompañante del paciente, teléfono de contacto, fecha de ingreso.

En el indicador diagnóstico y antecedentes, según Capurro & Rada (2019) es parte de la historia clínica y se utiliza para recopilar información sobre el estado actual y pasado del paciente. Flores (2019) lo declaró proceso importante para construir una hipótesis comprendiendo mejor la situación médica. En el indicador valoración y diagnóstico, Ramírez (2019) mencionó que incluye diagnóstico, intervenciones y resultados esperados. Para el indicador plan de trabajo según Lluch et al. (2019) los profesionales participan en el cuidado de los pacientes mediante pensamiento crítico y juicio clínico. Según Bravo & Díaz (2020) se requiere un plan de cuidados para prevenir amenazas en su seguridad. En cuanto al indicador de notificación de eventos adversos, Torra et al. (2020) señaló que se informa el daño relacionado al manejo médico durante la atención al paciente. Según National Patient Safety Agency (2008) es considerado proceso básico para determinar su información en tiempo real, siendo un incidente no deseado pudiendo causar una lesión, enfermedad o muerte al paciente.

Como tercera dimensión se encuentra la planificación e implementación ante un riesgo que es considerado según Lavell (2018) como el proceso donde se desarrollan todas las acciones y opciones mejorando las oportunidades y disminuyendo las amenazas o las formas de mitigar el riesgo. Guerrero (2018) lo consideró el inicio para que las actividades se implementen de manera eficiente orientadas a las necesidades del paciente, lográndose definir todas las pautas, herramientas y fuentes accesibles de datos, las cuales pueden servir de apoyo para definir roles, responsabilidades, fechas y plazos para cada actividad dentro del plan. Esta dimensión tiene 4 indicadores: para el indicador capacitación al personal Obando (2020) mencionó que es una forma de brindar conocimientos, competencias y técnicas avanzadas para desempeñarse mejor y ser más productivos. Según Peralta (2020) la responsabilidad recae en el equipo de recursos humanos cuya misión es identificar necesidades de capacitación.

En cuanto al indicador gestión de riesgos según Amaru & Tito (2021) se identifican los peligros y amenazas para tomar medidas correspondientes. En el indicador proyecto de mejora, Gómez et al. (2020) expusieron que son medidas de cambio para optimizar procesos, con base normativa describiendo plan de acción, responsable, fecha de inicio y fin del plan. En el indicador etiquetado de medicamentos Manosalva (2018) destacó que previene eventos no deseados. Los medicamentos LASA (Look-alike sound-alike) tienen una similitud muy marcada en nombre, apariencia o empaque con otros medicamentos, son confundidos fácilmente ocasionando errores, según González et al. (2018) su uso incorrecto tiene una probabilidad muy grande de causar daños graves, irreversibles, incluso mortales al paciente; es por ello que los medicamentos LASA y de alto riesgo deben estar etiquetados para alertar su peligrosidad.

La última dimensión es seguimiento-revisión, según Torres et al. (2020) se monitorean de las acciones que han sido implementadas verificando la efectividad de los controles, objetivos y resultados; elaborando informes correspondientes, y examinándose periódicamente las decisiones en relación con la gestión de riesgos. Asimismo cuenta con 3 indicadores: para el indicador evaluación de resultados según, Guerrero et al. (2020) identifica problemas reales o futuros identificando que es lo que se va a corregir o ajustar; verificando la efectividad de todas las acciones ejecutadas durante la planificación. En este proceso según Sánchez et al. (2021) se realiza el monitoreo y seguimiento para lograr los objetivos. En el indicador revisión de informes, Llumiguano et al. (2021) mencionaron que es elaborada para poder analizar el desarrollo de las acciones estratégicas llevadas a cabo; la efectividad de los controles gestionados, realizándose interrogantes sobre los procesos.

En cuanto al indicador difusión de logros Taylor (2002) expuso que se utiliza para asegurar que los mensajes, iniciativas o resultados de un proyecto lleguen a todo el público contribuyendo al logro de los objetivos. Por su parte Tessi (2019) resaltó que este proceso participativo forma parte de todo un plan de comunicación efectiva, cada integrante conoce, participa y trabaja para cumplir con los objetivos, analizando situaciones, creando planes de mejora, enfocando

todos los esfuerzos para alcanzar el éxito.

La segunda variable CSP, según la OMS (2010) es una “prioridad de salud global y base para brindar atención médica segura y de calidad”. National Patient Safety Agency (2008) indicó que la educación continua es la base para que una organización crezca. Valencia et al. (2018) refirieron que es importante desarrollar una CSP en los centros sanitarios con prácticas seguras. Según Wang et al. (2018) se analiza el grado de conciencia, participación, y responsabilidad de los profesionales, garantizando el compromiso del paciente, accesos a los medicamentos, infraestructura adecuada, productos seguros, asequibles y de calidad. Agra-Varela et al. (2015) se preocupan por la trascendencia de los eventos en los pacientes, la carga económica y la poca evidencia disponible para poder realizar su prevención.

Por su parte, Aranaz et al. (2019) argumentaron que los conceptos sobre la CS van variando; primero, se usaban para identificar errores humanos que podrían causar lesiones, posteriormente se enfocaban para entender los incidentes que se presentaban en una institución. Según Rocco & Garrido (2018) reflejan una mejor atención para la mejora continua; por lo tanto, la atención al paciente es una prioridad. Teniendo en cuenta la encuesta creada en el 2004 por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) se evalúa esta variable en 12 dimensiones, las cuales son: La frecuencia de sucesos notificados es la primera dimensión, como explicó Aranaz et al. (2019) integra como estrategia prevenir y promocionar la CSP. Según María & Andrés (2019) se asume un compromiso de ocurrencia de un error, se documenta y notifica como tal; con carácter voluntario y confidencial. Gallegos (2023) alude que incluye secciones estructuradas con la información básica del paciente.

En la dimensión percepción de seguridad, Guerra et al. (2018) afirmaron que la conciencia del profesional es vital para impulsar y promover la seguridad al no poner en riesgo al paciente a pesar de que está expuesto a diferentes escenarios que producen daño. Ruiz et al. (2021) hicieron referencia que mantener una actitud positiva de cultura de seguridad ayuda al personal sanitario

a prevenir los daños. En la dimensión expectativas – acciones van dirigidos hacia la toma de consciencia de la dirección sobre la importancia de ofrecer excelencia y seguridad en la atención a los usuarios; la gerencia debe tomar todas las opiniones del personal en pro a la seguridad de cada proceso, brindando soporte, interés, reflejando un clima laboral adecuado, previniendo e interviniendo ante los eventos y no solo cuando estos ocurran.

En la dimensión mejora continua, según Agudo et al. (2018) se evalúan los aspectos relacionados al riesgo y efectividad de los controles existentes. Por su parte Pulido et al. (2020) aludieron que incluyen medidas para mejorar la seguridad, evitando errores o resultados adversos en la atención al paciente. En cuanto a la dimensión trabajo en equipo en el servicio Reynalte (2023) y Barrios-Ipenza et al. (2021) acotaron que ayuda a fortalecer al grupo, propiciando la interacción, alcanzando los objetivos propuestos que difícilmente se lograrían si se realizaran de manera individual. Según Sebastián & Azzollini (2018) son estrategias que permiten el crecimiento de cada trabajador fortaleciendo sus competencias, confianza, y respeto hacia los integrantes del equipo, aprendiendo de los errores, aportando ideas y soluciones.

Para la dimensión franqueza en la comunicación Cornejo (2022) sostuvo que debe ser recíproca, sincera, con libertad de opinión y sin temor al rechazo. Para Puertas et al. (2020) fue una base importante para la construcción de relaciones fuertes, duraderas y significativas. Referente a la dimensión retroalimentación y comunicación sobre errores, según Moreno (2021) identifica el error, analiza causas y resultados esperados. Quezada & Salinas (2021) enfatizaron socializar la información mediante una comunicación eficaz, clara y fácil de entender, comunicando causas, acciones y soluciones tomadas. En cuanto a la dimensión respuesta no punitiva Gutiérrez (2018) mencionó que se reconoce que las personas son responsables de su accionar y no se les culpa por los errores sobre los que no tienen el control. Según Pozo & Padilla (2018) los superiores no utilizan los eventos en contra del personal que los cometió y tampoco son castigados por realizar su notificación.

En la dimensión dotación de personal, Bel et al. (2018) recalcaron que

gestionar talento humano tiene procesos los cuales son: reclutamiento, contratación y orientación. La Organización Panamericana de Salud (2019) mencionó que es todo un desafío anticipar una futura alta demanda de pacientes. Para la dimensión apoyo de gerencia, Gonzales et al. (2019) acotaron que es el proceso encargado de vigilar y evaluar las acciones implementadas. En la dimensión cooperación entre unidades, según Sánchez et al. (2021) repercuten en la calidad del cuidado y su eficacia. Orengo et al. (2018) señalaron que los resultados son mejores al tener una mayor información entre profesionales. En cuanto a las interurrencias transiciones y cambios de turno según Reyes (2018) lo definió como transferencia de responsabilidad mediante un informe verbal relatando lo ocurrido durante el turno, garantizando un cuidado continuo y de calidad.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1 Tipo de investigación: Se desarrolló un estudio aplicado, donde según Padrón (2007) es un tipo de estudio que está orientado a resolver los problemas identificados basado en hallazgos o realizar un control de las situaciones prácticas del día a día; en tal sentido reforzados también en Cívicos & Hernández (2007) esta investigación no se basa en su aplicación inmediata, sino en el hecho de que los resultados y descubrimientos conducirán a nuevos productos y avances científicos.

3.1.2 Diseño de investigación: Constó con diseño no experimental, sin manipular variables, ni intervención extra; se tomaron los datos a partir del análisis de las variables en su contexto natural. Por lo expuesto Arias (2023) refirió que este diseño está basado en la interpretación y las observaciones de un estudio para llegar a una posible conclusión. García & Sánchez (2021) comentaron que el investigador no puede cambiar las condiciones del objeto, por ende, los datos obtenidos son del comportamiento natural de las variables. En base a Hernández & Mendoza (2018) se sostuvo que el tipo de corte de estudio fué transversal, realizando la recolección en un momento determinado.

El enfoque que se empleó para el análisis correspondiente fué cuantitativo; como acotaron Hernández & Mendoza, (2018) podemos decir que se basó en la medición numérica, cuantificable, utilizando pruebas estadísticas para establecer, analizar y solucionar problemas. Por otro lado, el nivel empleado fué descriptivo, correlacional, donde se describieron todas las características de las variables, tanto su naturaleza como la correlación entre sus variables (Valle, 2022).

3.2. Variables y operacionalización

Variable 1: Gestión de riesgos sanitario

- **Definición Conceptual:** Brenes (2018) mencionó que es un proceso que se ejecuta dentro de un plan integral de política en salud y que permite reconocer, planear, orientar, dominar y monitorear los peligros que existen en una determinada situación; esta intervención no garantiza la ausencia absoluta de eventos adversos, pero si permite aplicar medidas necesarias para disminuir posibles riesgos y sus consecuencias.
- **Definición Operacional:** En cuanto al desarrollo de esta variable independiente se estudiaron en sus 4 dimensiones (identificación, análisis-evaluación, planificación- implementación, seguimiento-revisión).
- **Indicadores:** Estos se componen según las dimensiones: Identificación (llenado de formato de medicamentos, medidas de bioseguridad, identificación del paciente, formato de prevención y cuidado de ulcera por presión, formato de caídas y manejo de residuos hospitalarios); análisis-evaluación (plan de trabajo, filiación, valoración-diagnósticos, diagnóstico-antecedentes, y notificación de daños); planificación-implementación (gestionar riesgos, planes de mejora, capacitación al personal y etiquetado de medicamentos); seguimiento-revisión (revisión de informes, evaluación de resultados y difusión de logros).
- **Escala de medición:** Fué ordinal, evaluándose a la variable bajo tres categorías: buena: 82 – 110, regular: 52 – 81 y deficiente: 22 – 51; mediante la escala de Likert para cada una de las opciones.

Variable 2: Cultura de seguridad del paciente

- **Definición conceptual:** Gutiérrez (2018) argumentó que son patrones integrados que se comportan a nivel individual u organizacional y se basan en creencias, valores, actitudes, percepciones; apoyadas en la comunicación efectiva; donde su objetivo es brindar salud con seguridad, impedir la aparición de incidentes adversos y disminuir eventos no deseados.
- **Definición operacional:** Se estudiaron las 12 dimensiones de la CSP

(percepción de seguridad, trabajo en equipo del servicio, expectativas-acciones, frecuencia de eventos, mejora continua, retroalimentación-comunicación, trabajo entre unidades, franqueza en la comunicación, dotación de personal, respuesta no punitiva, apoyo de gerencia, problemas transiciones y cambios de turno)

- **Escala de medición:** Es de escala ordinal, la variable evaluó cada dimensión basada en el porcentaje de respuestas positivas (155 - 210), neutras (99 – 154) y negativas (42 – 98).

3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

3.3.1 Población: Constituido por 101 profesionales de enfermería. Hernández & Mendoza (2018) lo conceptualizaron como un conjunto de elementos con las mismas características. Mientras Hueso & Cascant (2012) lo definieron como un grupo de sujetos con el que se desea estudiar determinado fenómeno.

- **Criterios de inclusión**

- Profesionales que se encuentren laborando en el servicio de emergencia – UCI.
- Profesionales que deseen voluntariamente participar en el estudio.
- Profesionales con antigüedad en la institución mayor a 1 año.

- **Criterios de exclusión**

- Profesionales que laboren en otras áreas de la institución
- Profesionales que se encuentren en periodo vacacional, licencia y/o descanso por enfermedad.

3.3.2 Muestra: Se obtuvo 80 profesionales de enfermería a partir de la fórmula de población finita; donde según Aguilar (2005) este pequeño subconjunto de la población debe controlarse eficazmente en toda investigación por ser representativa en el estudio.

3.3.3 Muestreo: Probabilístico de selección aleatoria, donde según lo expuesto por Porras (2020) los participantes tuvieron la misma oportunidad de ser elegidos. Ojeda et al. (2016) argumentaron que para este muestreo se debe determinar el patrón en tamaño y elementos de la muestra muestral de tal manera que todos los elementos tengan la misma posibilidad de selección.

3.3.4 Unidad de análisis: Un profesional de una institución de salud.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada fue la encuesta, donde Arias (2021) argumentó como método muy útil donde se recoge información sobre las opiniones, juicios o percepciones. López & Fachelli (2015) lo definieron como una técnica muy utilizada en las ciencias sociales llegando al conocimiento de la investigación científica.

Para este estudio se aplicaron como instrumentos dos cuestionarios compuestos por una lista de preguntas con orden secuencial, y alternativas de respuesta tipo Likert; donde al respecto Espinoza (2019) señaló que actúa como una herramienta donde se obtiene información válida y confiable, representada por opciones de preguntas y respuestas con diferentes resultados, utilizado para la recolección de datos y empleado en diversos estudios científicos; por su parte Arribas (2004) mencionó en términos generales que cuantifica y universaliza la información donde su propósito es el contraste de la información.

El primero fué el Cuestionario de GR Sanitario adaptado por Guerrero (2021) con 22 preguntas para medir la primera variable y el segundo fue Cuestionario de la CSP de la AHRQ) (2004), con 42 ítems; adaptado por Guerrero (2021).

- **Validez y Confiabilidad:** Guerrero (2021) expresó que la validez fue sometido a juicio de expertos, su fiabilidad mediante el método estadístico

alfa de Cronbach resultando 0.969 para el cuestionario gestión de riesgo sanitario, con una consistencia interna alta. Por otro lado Sorra & Nieva (2004) expresaron que el cuestionario de CSP obtuvo una consistencia de alfa de Cronbach entre 0.73 y 0.88, donde la fiabilidad del instrumento es de aceptable a excelente. Para Arribas (2004) la consistencia puede ser comprobada mediante diferentes métodos estadísticos donde los valores del método en mención son entre 0 y 1 siendo resultado mayor a 0.7 para que exista una buena consistencia interna.

3.5. Procedimientos

Este procedimiento se realizó después de los procesos administrativos de conformidad y autorización por parte de la institución; posteriormente previa presentación y coordinación con la jefa de enfermería para establecer el cronograma de recojo de información, se aplicó una encuesta que se entregó de manera personal, invitando a cada profesional de participar en el estudio; explicando previamente los objetivos del estudio y los detalles, incluyendo los alcances y beneficios que traerá la realización del estudio, presentado el consentimiento informado. Las entrevistas fueron establecidas de común acuerdo entre el investigador y participantes, garantizando la confidencialidad, privacidad de la información entregada.

3.6. Método de análisis de datos

A través de la elaboración de base de datos, se clasificó y organizó la información de cada variable, posteriormente los datos codificados se introdujeron en hojas de cálculo del programa SPSS ®v.26. Con la información se procedió al análisis descriptivo utilizando para las variables categóricas tablas de frecuencias. Por otro lado, para el análisis inferencial, se calculó la normalidad para optar por una prueba estadística, por ser mayor a 50; se utilizó la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov (ver anexo 6), obteniendo un p-valor de 0.001 ($p < 0.05$) optando por la prueba no paramétrica de Rho Spearman para poder medir la correlación de variables y contrastes.

3.7 Aspectos éticos

Esta investigación cumplió todos los parámetros normados por APA (American Psychological Association) Versión 7, considerándose los derechos de autor; sin ninguna posibilidad de plagio de información. Asimismo, como detalló Salgado & Comité de Ética (2022) los principios expuestos en el código de ética de la Universidad Cesar Vallejo, la Declaración de Helsinki y el reporte de Belmont se verán respetados en este estudio.

Al respecto tal como mencionaron Vargas & Husserl (2023) se respetaron los siguientes principios: Autonomía, donde los profesionales que participaron del estudio fueron informados sobre los objetivos y beneficios mediante el consentimiento informado, teniendo la potestad de elegir su participación; de justicia donde Ocaña-Fernández et al. (2022) menciona que todos los implicados en la muestra tienen las mismas oportunidades, sin excepción alguna; no maleficencia donde el anonimato de los participantes se mantuvo en todas las etapas del estudio; así como la confidencialidad, con el fin de salvaguardar y preservar sus derechos, finalizando con la beneficencia reflejada en los hallazgos del presente estudio para su conocimiento y mejoría en dicho ámbito.

IV. RESULTADOS

Características demográficas de los profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

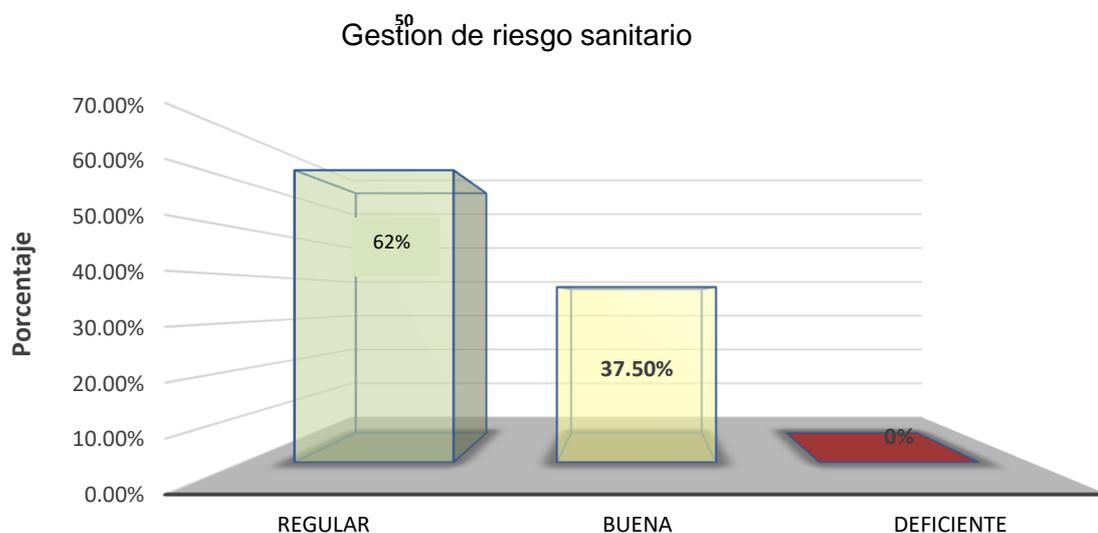
	Frecuencia	Frecuencia acumulada	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Genero				
Masculino	11	11	13.75%	13.75%
Femenino	69	80	86.25%	100%
Edad				
25-39 años	52	52	65%	65%
40-59 años	28	80	35%	100%
60 a más años	0	80	0%	100%
Tiempo de servicio				
1 a 5 años	22	22	27.50%	27.50%
6 a 10 años	34	56	42.50%	70%
Más de 10 años	24	80	30%	100%
Tiempo de experiencia				
1 a 5 años	15	15	18.75%	18.75%
6 a 10 años	46	61	57.50%	76.25%
Más de 10 años	19	80	23.75%	100%

Nota: Frecuencias demográficas. Datos extraídos del trabajo de campo.

En la Tabla 1 se evidencia un porcentaje mayor en los profesionales de sexo femenino con 86.25% (69), mientras el 13.75% (11) son masculinos; asimismo el 65% (52) de la población tienen edades que oscilan entre los 25 – 39 años y 35% (28) entre los 40 – 59 años; no se evidencia profesionales adultos mayores que estén laborando actualmente. Con respecto al tiempo de servicio se visualiza que 34 profesionales tienen entre 6 a 10 años en la institución representando el 42.50%, seguido de 24 profesionales con más de 10 años siendo el 30% y 22 (27.50%) profesionales con tiempo de servicio entre 1 a 5 años. En referencia al tiempo de experiencia el mayor porcentaje está dado en el rango de 6 a 10 años con 46 profesionales siendo el 57.50%, el 23.75% (19) con más de 10 años y 15 profesionales entre 1 a 5 años de experiencia representando un 18.75%.

Figura 1

GR sanitario en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

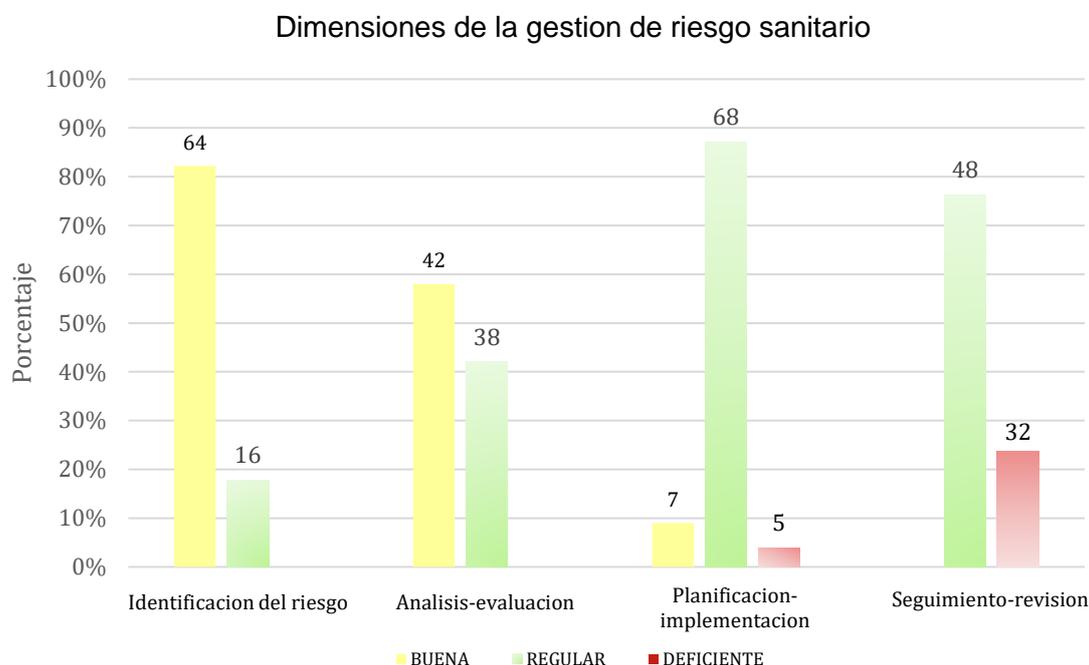


Nota: Frecuencias de la variable 1. Datos extraídos del trabajo de campo.

La figura 1 contempla el nivel de GR sanitario que existe en los profesionales que trabajan en el área de emergencia – UCI donde se puede evidenciar un predominio de nivel regular con el 62% (50), lo que indica que cumple con los requisitos mínimos necesarios para el logro de objetivos sin embargo no se destaca por su eficiencia; a comparación del 37.50% representado por 30 profesionales con una gestión de riesgo sanitario buena.

Figura 2

Dimensiones de la GR sanitario en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

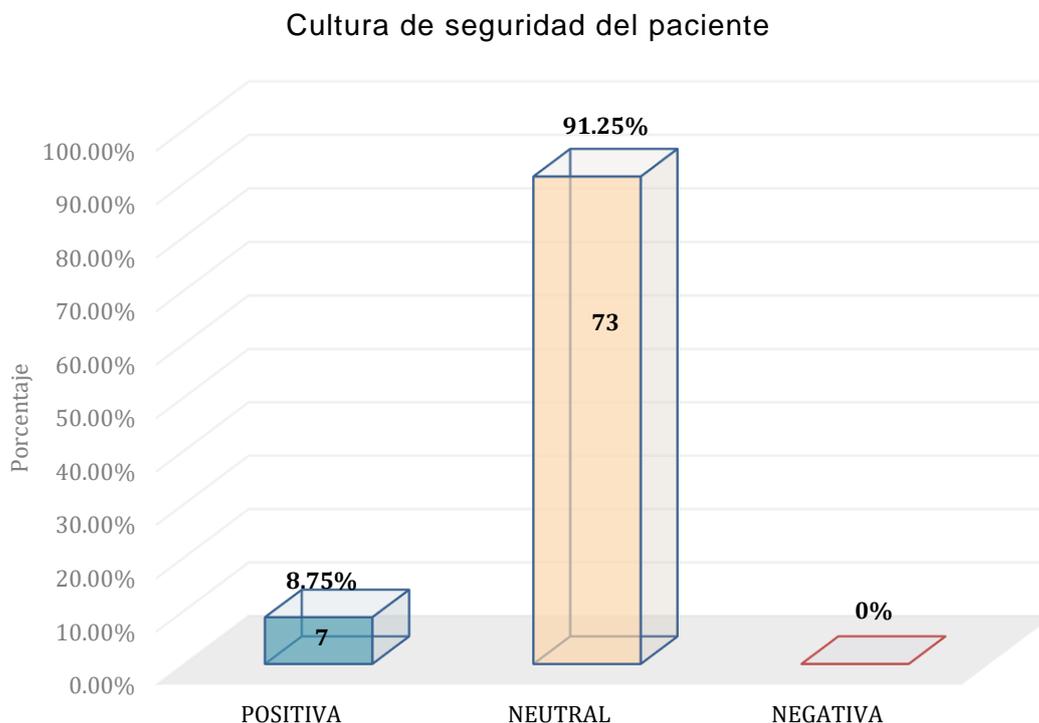


Nota: Frecuencias de las dimensiones de la variable 1. Datos extraídos del trabajo de campo.

Se evidencia en la Figura 2, las cuatro dimensiones de la GR sanitario; donde para la primera dimensión que es la de identificación del riesgo se obtiene un resultado de 82% (64) buena, seguido de un 18% (16) regular, no se evidencia identificación de riesgo deficiente; la segunda dimensión de análisis - evaluación el porcentaje alto lo conforma el 58% (42) buena y 42% (38) regular, en esta dimensión no se evidencia un análisis y evaluación deficiente en la institución; asimismo en planificación e implementación el mayor porcentaje fue de 87% (68) regular, 9% (7) buena y 4% (5) deficiente; por ultimo encontramos a la dimensión seguimiento y revisión con un 76% (48) regular y un 24% (32) deficiente.

Figura 3

CSP en los profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

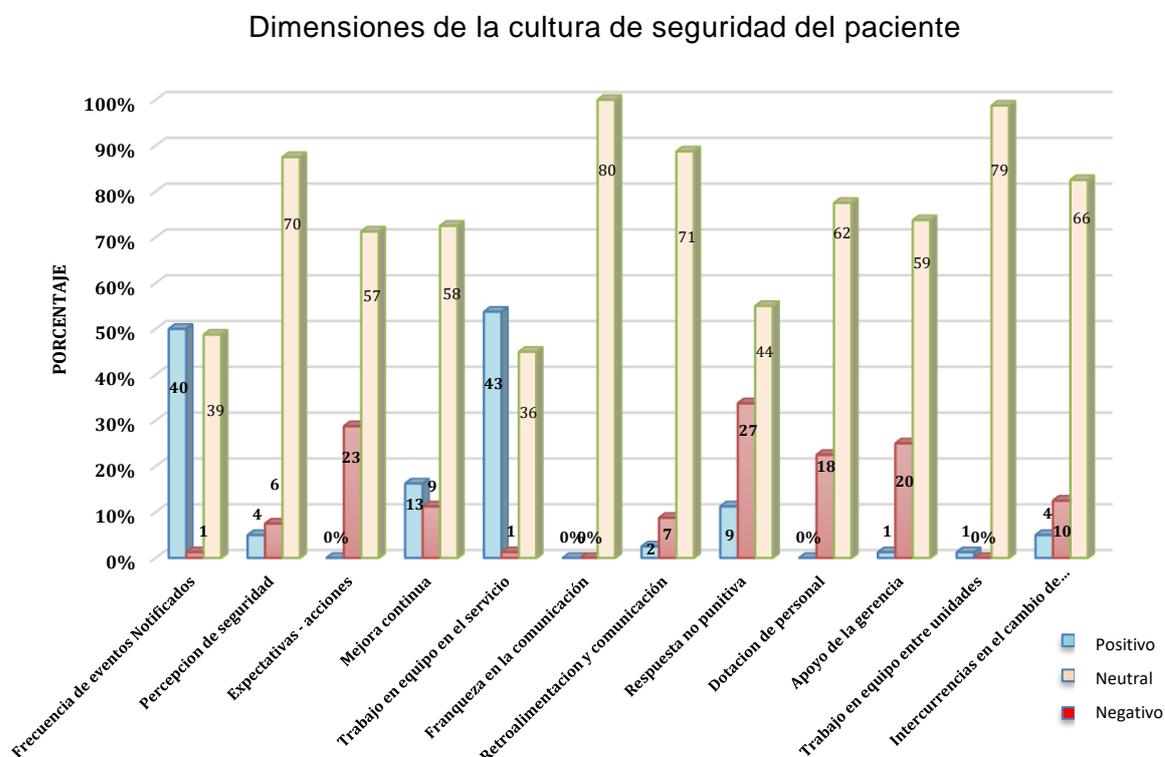


Nota: Frecuencia de la variable 2. Datos extraídos del trabajo de campo.

Se revela en la Figura 3 a la variable CS y sus tres escalas de medición que son positiva, neutral y negativa; representando un mayor porcentaje las respuestas neutrales con un 91.25% (73), seguido del 8.75% (7) de respuestas positivas. No se evidencian respuestas negativas 0%.

Figura 4

Dimensiones de la CSP en los profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.



Nota: Frecuencia de las dimensiones de la CSP. Datos extraídos del trabajo de campo.

La Figura 4 refleja que de la frecuencia de eventos el 50%(40) tiene resultado positivo y 49%(39) neutral; en percepción de seguridad el porcentaje fue alto con 88% (70) de respuestas neutrales; expectativas-acciones con 71% (57) de respuestas neutrales y 29%(23) negativo; mejora continua tiene 73% (58) neutral, 16%(13) logrado y 11%(9) negativo; trabajo en equipo en el servicio se obtuvo 54%(43) logrado, 45%(36) neutral y 1% negativo. Asimismo el resultado de franqueza en la comunicación fué 100%(80) neutral; retroalimentación-comunicación el mayor porcentaje fue 89%(71) neutral; respuestas no punitivas con 55%(44) neutral, 34%(27) negativo, 11% (9) positivo; dotación del personal 78%(52) neutrales y 23%(18) negativo; trabajo en equipo entre unidades el 99% fue neutral y las intercurrencias en el cambio de turno 83% (66) neutrales, 13%(10) negativo, 5% (4) positivo.

Análisis inferencial de las variables

Contrastación de la hipótesis general

Ho: No existe una relación significativa entre la GR sanitario y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

H1: Existe relación significativa entre la GR sanitario y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

Regla:

$p < 0.05$ se rechaza Ho y se acepta la H1.

$p \geq 0.05$ se acepta Ho

Tabla 2

Relación entre la GR sanitario y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

		Correlaciones	
		CSP	
		Coefficiente de correlación	,261
Rho Spearman	GR sanitario	Sig. (Bilateral)	,019
		N	80

Nota: Datos extraídos del SPSS.

Se evidencia en la Tabla 2 que el p-valor calculado es 0,019, siendo $< 0,05$ con lo cual se procedió a aceptar la hipótesis alterna, a partir de ello se afirma el vínculo entre ambas variables; así mismo, presenta una correlación de 0,261 donde según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) poseen una correlación directa positiva media, donde si la gestión de riesgo sanitario presenta mejora, la CSP también mejorará en el mismo sentido y magnitud.

Contrastación de la Hipótesis específica 1:

Ho: No existe una relación significativa entre la GR sanitario dimensión identificación y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

H1: Existe una relación significativa entre la GR sanitario dimensión identificación y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

Regla:

$p < 0.05$ se rechaza Ho y se acepta la H1.

$p \geq 0.05$ se acepta Ho

Tabla 3

Relación entre la GR sanitario dimensión identificación y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

		Correlaciones	
		CSP	
Rho Spearman	Identificación del riesgo	Coeficiente de correlación	,185
		Sig. (Bilateral)	,101
		N	80

Nota: Datos extraídos del SPSS.

En la Tabla 3, se tiene que el p-valor calculado es 0,101, que es $\geq 0,05$ con lo cual se rechaza la hipótesis alterna a partir de ello se tiene evidencia para afirmar que no existe relación entre las variables en mención.

Contrastación de la Hipótesis específica 2:

Ho: No existe una relación significativa entre la GR sanitario dimensión análisis - evaluación y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

H1: Existe una relación significativa entre la GR sanitario dimensión análisis - evaluación y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

Regla:

$p < 0.05$ se rechaza Ho y se acepta la H1.

$p \geq 0.05$ se acepta Ho.

Tabla 4

Relación entre la GR sanitario dimensión análisis - evaluación y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

		Correlaciones	
		CSP	
Rho Spearman	Análisis - evaluación	Coeficiente de correlación	,130
		Sig. (Bilateral)	,249
		N	80

Nota: Datos extraídos del SPSS.

Se puede observar en la Tabla 4, que el p-valor calculado es 0,249, siendo $\geq 0,05$ por ello se rechaza la hipótesis alterna y se afirma que no existe nexo entre las variables mencionadas.

Contrastación de la Hipótesis específica 3:

Ho: No existe una relación significativa entre GR sanitario dimensión planificación - implementación y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

H1: Existe una relación significativa entre GR sanitario dimensión planificación - implementación y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

Regla:

$p < 0.05$ se rechaza Ho y se acepta la H1.

$p \geq 0.05$ se acepta Ho.

Tabla 5

Relación entre la GR sanitario dimensión planificación - implementación y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

		Correlaciones	
		CSP	
Rho Spearman	Planificación - implementación	Coeficiente de correlación	,241
		Sig. (Bilateral)	,031
		N	80

Nota: Datos extraídos del SPSS.

Como muestra la Tabla 5, se obtiene una significancia de 0,031, rechazando la hipótesis nula, con un coeficiente de correlación de 0,241, lo que significa una correlación directa positiva baja entre las variables relacionadas.

Contrastación de la Hipótesis específica 4:

Ho: No existe una relación significativa entre la GR sanitario dimensión seguimiento - revisión y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

H1: Existe una relación significativa entre la GR sanitario dimensión seguimiento - revisión y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

Regla:

$p < 0.05$ se rechaza Ho y se acepta la H1.

$p \geq 0.05$ se acepta Ho.

Tabla 6

Relación entre la GR sanitario dimensión seguimiento - revisión y la CSP en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

		Correlaciones	
		CSP	
Rho Spearman	Seguimiento - revisión	Coeficiente de correlación	,151
		Sig. (Bilateral)	,180
		N	80

Nota: Datos extraídos del SPSS.

La Tabla 6 muestra que el p-valor calculado es 0,180, con lo cual se acepta la hipótesis nula, a partir de ello se afirma que no existe nexo entre las variables relacionadas.

V. DISCUSIÓN

Conforme con los resultados del análisis descriptivos de la primera variable, se puede evidenciar que de 80 profesionales, el 62.50% tiene un nivel regular de gestión de riesgo sanitario mientras que el 37.5% es de nivel bueno, estos resultados corroboran los hallazgos del estudio de Mosqueira (2020) que también identifica el porcentaje más alto en el nivel regular con 61.5%, notándose una necesidad importante de mejora en la gestión de riesgos; y en el estudio de Gutiérrez (2023) donde el 60.6% considera un nivel regular y solo un 14.4% nivel bueno; en comparación con los resultados obtenidos por Suarez (2022), donde el 84.62% de los profesionales de enfermería calificaron con nivel bueno; y por Guerrero (2021) donde el mayor porcentaje lo obtuvo el nivel bueno con 92%, y 8% regular. Por su parte Santa Cruz (2022) también encontró un porcentaje alto (81.9%) para la gestión de riesgo en salud y 16.2% con nivel regular.

Cabe resaltar que en el estudio realizado por Gutiérrez (2023) se percibe un 25% de nivel bajo o deficiente. En relación con los resultados que se obtuvieron teniendo en cuenta que la institución viene desarrollando actividades orientadas para mejorar la gestión de riesgo en salud, es preocupante que existan hallazgos altos de gestión de riesgo sanitario con nivel regular por lo que se considera aceptable pero no sobresaliente ya que es seguido de un porcentaje menor de la mitad con un nivel bueno considerándose una gestión no satisfactoria pero que está en proceso de mejora. En cuanto a sus dimensiones, la identificación de riesgo obtuvo un resultado alto con el 82%, evidenciándose la utilización de los brazaletes en los pacientes lo cual es satisfactorio porque cumple con el protocolo de identificación de pacientes demostrando su conocimiento y adhesión, siendo la primera actividad que garantiza la seguridad del paciente, estos resultados se asemejan con Santa Cruz (2022) que también obtuvo un nivel alto en la dimensión identificación de riesgo con un 82.9%.

Se puede inferir de manera global que predomina un porcentaje considerable con nivel alto en la dimensión identificación de riesgo y análisis - evaluación, que podría deberse al compromiso y la adhesión del personal con el cumplimiento de procedimientos y protocolos de gestión de riesgo. Los resultados de planificación-

implementación se acercan a lo esperado sin embargo aún requiere reforzar el proceso en cuanto al programa de capacitaciones e implementación de planes de mejora coincidiendo con los resultados de Gutiérrez (2023) con un porcentaje de 76% y nivel regular; así también se hace hincapié en el cumplimiento de los etiquetados de medicamentos LASA y elaboración y difusión de las acciones implementadas. En relación con los resultados de la dimensión seguimiento-revisión es necesario recalcar que se evidencia un mínimo porcentaje con nivel deficiente por lo que se debe reforzar la intervención frente algún evento a pesar de que existe una política establecida es posible que el medio de difusión utilizado no sea el adecuado para socializar los resultados y logros.

Seguidamente se realizó el análisis descriptivo obtenidos en la segunda variable cultura de seguridad se encuentra mayor porcentaje en las respuestas neutrales (91.25%), y un mínimo porcentaje de respuestas positivas; coincidiendo notablemente con los hallazgos de Guerrero (2021) donde obtiene el 82% de repuestas neutrales, 14% positiva y 4% cultura negativa; sin embargo, en el estudio de Mosqueira (2020) se puede identificar que el 53.8% obtuvo un nivel alto, seguido de un 43.1% con nivel regular; notándose que predominó una CSP alta; no obstante es necesario recalcar que se evidencia la importancia de mejora ya que aproximadamente la mitad de los encuestados responde a un nivel regular de CSP asumiendo un compromiso de mejora en temas de seguridad del paciente.

Se encontró un alarmante porcentaje de respuestas neutrales identificadas, donde sólo las dimensiones franqueza en; comunicación y trabajo en equipo poseen resultados negativos; comparándose con estudios internacionales López (2019) y Banchón (2020) evidenciaron resultados positivos en todas sus dimensiones. Sin embargo, es evidente la necesidad de personal; con una dotación adecuada de personal disminuye la presencia de posibles negligencias en la seguridad del paciente, reforzando esta mención se encuentra el estudio de Suarez (2022) donde indica que a mayor demanda de trabajo con menor personal, menor es la vigilancia para los pacientes aumentando el riesgo de eventos adversos; según esta premisa se puede inferir que las actividades dirigidas a realizar una difusión con mayor alcance sobre los procesos de notificación de eventos y crear

un ambiente no punitivo, podrían ser contributivo en la optimización del clima de seguridad en la institución.

Continuando con la discusión referente a la hipótesis general se determinó que existe un vínculo entre las variables GR sanitario y CSP resultando una significancia de 0.019 siendo menor a 0.05; rechazándose la hipótesis nula y validándose la hipótesis del investigador; reconociendo una correlación directa positiva media; lo que significa que las dos variables están interconectadas por lo que si mejora la gestión de riesgo sanitario también mejorará la CSP Según los estudios analizados existe semejanza con los aportes dados por Suarez (2022) y Santa Cruz (2022), donde dentro de sus resultados afirmaron mediante la realización de la prueba de correlación la existencia de una relación positiva alta entre las variables con una significancia de 0.001 y 0.000; y de correlación 0.757 y 0.839 respectivamente.

Del mismo modo el estudio coincide con los resultados de Mosqueira (2020) donde evidencia un nexo existente de sus variables con 0.000 de significancia, rechazando la hipótesis nula; por el contrario, en el estudio de Guerrero (2022) se acepta que no existe vinculación entre sus variables, obteniendo una significancia de 0.145. En el ámbito internacional se aprecia en los estudios de López (2019) y Banchón (2020) una semejanza, identificando una relación entre sus variables con un p-valor de 0.000, sin embargo, difiere con el tipo de relación ya que es directa positiva fuerte con un Rho Spearman 0.636. Asimismo, se asemeja con los resultados de Gutiérrez (2023) el valor de p es 0.000, afirmando el vínculo inverso y moderada entre sus variables.

Concerniente al análisis inferencial del objetivo específico 1, se halló una significancia de 0.101 evidenciando que no existe nexo entre la gestión de riesgo sanitario dimensión identificación de riesgo y la CSP; estos resultados son congruentes con el estudio de Guerrero (2022) quien con una significancia de 0.509 concluyó que no existe vínculo entre las variables en mención; sin embargo en los resultados obtenidos por Suarez (2022) y Mosqueira (2020) se evidenció una significancia de 0.001 y 0.000 respectivamente, aceptando la hipótesis del investigador deduciendo la existencia una relación moderada. Estos últimos resultados se ven reforzados por Allende (2020) y Guerrero-Chanduvi (2018)

quienes en su teoría afirmaron que en términos de seguridad analizar riesgos responde a la primera fase que toda institución debería realizar para mejorar la seguridad de sus usuarios priorizando la identificación de los riesgos para determinar su severidad y probabilidad de ocurrencia o impacto.

En lo que corresponde al objetivo específico 2, se obtuvo una significancia de 0.249 resultando mayor al p-valor, concluyendo que no existe vínculo entre la gestión de riesgo sanitario dimensión análisis- evaluación y la CSP; de igual manera Banchón (2020) es su estudio, obtuvo una significancia de 0.470 siendo mayor que p-valor; por lo expuesto se concluyó que no existe relación entre las variables en mención. Por otro lado, Guerrero-Chanduvi (2018) discrepa, ya que resalta la importancia del análisis numérico de los efectos de los riesgos previamente identificados creando de esta manera objetivos más realistas y realizables disminuyendo los eventos adversos propios en la atención sanitaria. Reforzando simultáneamente esta mención se encuentra Agra (2018) quien refiere que se da utilidad a las diferentes metodologías para poder analizar y evaluar los riesgos presentes en el proceso de atención del paciente.

Continuando con el objetivo específico 3, cabe resaltar que fué el único donde se realizó la aceptación de la hipótesis alterna con 0.031 de significancia, concluyendo que existe correlación directa positiva baja entre la GR sanitario dimensión planificación – implementación y la CSP; de igual manera Santa Cruz (2022) dentro de sus hallazgos también aceptó la hipótesis alterna evidenciando una analogía con 0.05 de significancia y Rho de 0.832, resultando un nexo positivo considerable al relacionarse con la CSP. Asimismo, Guerrero-Chanduvi (2018) reforzó esta teoría como el proceso más importante donde se realizan las tomas de decisiones para poder responder a cada riesgo identificado que perjudique la seguridad del paciente. De la misma manera Sánchez López et al. (2018) refuerza en su estudio internacional que una de las acciones preventivas para poder mejorar la cultura de seguridad es la planificación de diferentes medidas de precaución.

Por último, tenemos al objetivo específico 4, donde se obtuvo una significancia de 0.180 siendo mayor p-valor (0,05), aceptando que no existe vínculo entre la gestión de riesgo sanitario dimensión seguimiento - revisión y la CSP. Reforzando

este resultado se encuentra Banchón (2020) donde su estudio resultó con 0.498 de significancia, concluyendo que no existe nexo con la CS; sin embargo Baker et al. (2018) comentó en su teoría que el seguimiento y revisión como el proceso verifica la efectividad de la gestión de riesgo en la atención sanitaria reduciendo el daño al paciente; por su parte Carreño (2018) de igual manera mencionó que mediante la utilización de herramientas adecuadas facilitarían la orientación de las tomas de decisiones en temas de seguridad del usuario y finalmente Agra (2018) menciona que en esta dimensión se mide el alcance del plan propuesto mediante la monitorización y revisión de datos y planes de mejora.

Una de las principales limitaciones deriva de la dificultad en la recolección de datos, ya que se evidenciaba la poca predisposición de los profesionales para responder los instrumentos, que puede deberse a diferentes factores entre ellas la disponibilidad de tiempo por encontrarse laborando; por lo que fué necesario tomar diferente estrategia para poder ejecutar las encuestas, de esta manera se logró el objetivo participando de las reuniones programadas del servicio. También se identificó como limitación del estudio la escasa literatura sobre gestión de riesgo y autores que la dimensionan como refiere Agra (2023); por esa razón, que los resultados obtenidos en el estudio mediante esta metodología son bases científicas para nuevas hipótesis de estudio.

Se conoce según normativa e informes de calidad que la institución viene trabajando bajo la premisa de que una adecuada CS previene eventos adversos y reduce los riesgos en salud; es por ello, que los líderes de cada departamento institucional deben comportarse como piezas fundamentales para el proceso de GR, ya que, con su ejemplo y preocupación hacia la seguridad, motivan a los trabajadores, creando consciencia en su actuar asistencial. A pesar de los resultados del estudio aún se observa en proceso de mejora, lo cual necesita seguimiento y mayor compromiso por parte del organismo institucional y del personal de enfermería en torno a la gestión de riesgos sanitarios y CSP.

Actualmente se convierte en todo un desafío constante asumir el reto de mantener estándares elevados y buenos indicadores en lo que respecta a CS y gestión de riesgos debido al panorama de salud actual, por lo tanto, se deben

realizar esfuerzos conjuntos para brindar una atención de salud más segura; prestando especial atención en involucrar a los pacientes y familiares en su seguridad sin hacerles responsables de ella; tal y como se expresa en la resolución mundial de la asamblea de salud “planificación de acción en pro de la seguridad del paciente” direccionado a eliminar daños en la atención de salud; esto influye en el logro de avances significativos de satisfacción y efectos en la salud del paciente.

VI. CONCLUSIONES

Primero: Existe una relación directa positiva media entre la GR sanitario y la CSP en los profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

Segundo: No existe relación entre la GR sanitario dimensión identificación y la CSP en los profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

Tercero: No existe relación entre la GR sanitario dimensión análisis-evaluación y la CSP en los profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

Cuarto: Existe una relación directa positiva baja entre la GR dimensión planificación-implementación y CSP en profesionales de una institución de salud en los profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

Quinto: No existe relación entre la GR sanitario dimensión seguimiento-revisión y la CSP en los profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

VII. RECOMENDACIONES

- Se sugiere a la dirección de la institución centrar esfuerzos en el diagnóstico de los riesgos sanitarios, interviniendo mediante estrategias y acciones de prevención en base a la RM.163-2020-MINSA “Directiva de rondas de seguridad para la GR en salud”; socializando con los profesionales sus lineamientos y normativas.
- Se aconseja a la gestión de enfermería desde su jefatura reforzar acciones para mejorar procesos de identificación, mediante formatos y guías de valoración; en base a la R.M-519-2006-SA/DM -SGS que sirve de marco para una atención de calidad en la SP.
- Se solicita a comité Institucional de SP optimizar estrategias en función a la R.M. 727-2009/MINSA “Implementación de mecanismos para la información de ocurrencias de incidentes y eventos adversos”, que permitan recolectar datos de eventos de una manera practica y fácil para el cumplimiento de su análisis, para su intervención y socialización con los demás profesionales.
- Se recomienda al comité de seguridad del servicio, en función a la R.M.N143-2006-MINSA “Comité para la SP”, cumplir con la ejecución de las reuniones de análisis de eventos notificados.
- Se recomienda al comité de calidad institucional, realizar el seguimiento y revisión de todas las acciones implementadas difundiendo los resultados y logros obtenidos.
- Se propone para futuros investigaciones abordar el tema de estudio desde enfoque diferente para poder focalizar aún más el tema de gestión de riesgo y cultura de seguridad del paciente.

REFERENCIAS

- Abarca, D., & Escobar, F. (2018). Manejo de residuos sanitarios: un programa educativo del conocimiento a la práctica. *Revista de Investigaciones Altoandinas - Journal of High Andean Research*, 20(3), 315–324. <https://doi.org/10.18271/ria.2018.395>
- Agra-Valera, Yolanda. (2023). Seguridad del Paciente y gestión del riesgo. *Escuela Nacional de Sanidad*, 14(9), 1–23. http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9_Seguridad_del_paciente_y_gestion_de_riesgos.pdf
- Agra-Varela, Y., Fernández-Maíllo, M., Rivera-Ariza, S., Sáiz-Martínez-Acitores, I., Casal-Gómez, J., Palanca-Sánchez, I., & Bacou, J. (2015). European Union Network for Patient Safety and Quality of Care (PASQ). Development and preliminary results in Europe and in the Spanish National Health System. *Revista de Calidad Asistencial*, 30(2), 95–102. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.01.010>
- Agudo, F., Rubio, M., Rodríguez, I., Díaz, J., & Aguilera, A. (2018). Mejora continua en la gestión de riesgos. In *Rev Asoc Esp Med Trab • Marzo* (Vol. 26).
- Aguilar, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud de Tabasco*, 11(1–2), 1–7. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206>
- Aguirre, H., & Vásquez, F. (n.d.). *El error médico. Eventos adversos*. <https://www.researchgate.net/publication/351118416>
- Amaru, L., & Tito, M. (2021). Metodología para la Gestión de Riesgos. *Manual de Metodología*, 1–21.
- Aranaz-Andrés, J. M., Limón-Ramírez, R., Aibar-Remón, C., Miralles-Bueno, J. J., Vitaller-Burillo, J., Terol-García, E., De Castro, M. T. G. V., Requena-Puche, J., Rey-Talens, M., Infante, A., Polo, M. P., Terol, E., Casal, J. M., Sierra, E., García, M. J., Agra, Y., Palanca, I., Vitaller, J., Zarco, A., ... Meneu, R. (2019). Lights and shadows in patient safety: Study and development of strategies. In *Gaceta Sanitaria* (Vol. 22, Issue SUPPL. 1). Ediciones Doyma, S.L. [https://doi.org/10.1016/s0213-9111\(08\)76093-x](https://doi.org/10.1016/s0213-9111(08)76093-x)
- Arias, J. (2021). *Diseño y metodología de la investigación: Vol. 1 Edición* (Enfoques

- Consulting EIRL, Ed.; Primera Edición). www.tesisconjosearias.com
- Arribas, M. (2004). Diseño y validación de cuestionarios Formación continuada. *Matronas Profesión*, 5(17), 23–29.
- Banchón, K. (2020). Gestión y cultura de seguridad en el personal asistencial. Universidad Cesar Vallejo.
- Baker, G. R., Flintoft, V., Wojtak, A., & Blais, R. (2018). Contributing causes to adverse events in home care and potential interventions to reduce their incidence. *Healthcare Management Forum*, 31(5), 178–185. <https://doi.org/10.1177/0840470418782261>
- Barrios-Ipenza, F., Calvo-Mora, A., Criado-García, F., & Curioso, W. H. (2021). Quality Evaluation of Health Services Using the Kano Model in Two Hospitals in Peru. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6159. <https://doi.org/10.3390/ijerph18116159>
- Bel, N., Bermudez, I., Sbarbaro, M., & Torterolo, J. (2018). Dotación del personal de enfermería. *Instituto Nacional de Enfermería*, 1–47.
- Bell, J., & Nuzzo, J. (2021). *Global Health Security (GHS) Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis*.
- Bravo, S., & Diaz, D. (2020). Riesgo biológico en Instituciones de salud: control y precauciones en la atención a pacientes. *Momento*, 60(2), i–iv. <https://doi.org/10.15446/mo.n60.84634>
- Brenes, A. (2018). Gestión del Riesgo. *Revista Gestión de Riesgo*, 2(6), 1. https://www.eird.org/cd/toolkit08/material/proteccion-infraestructura/gestion_de_riesgo_de_amenaza/8_gestion_de_riesgo.pdf
- Capurro, D., & Rada, G. (2007). Medicina basada en evidencia El proceso diagnóstico The diagnostic process. In *Rev Méd Chile* (Vol. 135).
- Carreño, M., Cardona, O., & Barbat, A. (2018b). Sistema de indicadores para la evaluación de riesgos. *Monografía CIMMNE IS-52*, 166. https://www.researchgate.net/publication/271505500_Sistema_de_indicadores_para_la_evaluacion_de_riesgos
- Cívicos, A., & Hernandez, M. (2007). *Some Thoughts and Contributions towards Theoretical and Practical Approaches to Research in Social Work*.
- Cobos, D. (2021). Bioseguridad en el Contexto Actual. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 58, 1–24.

- Coppedge, N., Conner, K., & Fan Se, S. (2016). Utilizar un instrumento de prevención de caídas estandarizado reduce el índice de caídas. *Nursing (Ed. Española)*, 33(6), 60–63. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2016.11.018>
- Cornejo, F. (2022). El poder de la comunicación: medios, política y ciudadanos. *Comunicación: Revista de Investigación En Comunicación y Desarrollo*, 13(1), 74–85. <https://doi.org/10.33595/2226-1478.13.1.674>
- Cubas, I., & Valero, E. (2018). *Evaluación de la calidad del llenado de los registros* (Issue 1).
- Enfermería. (2019). Procedimiento para prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados. *Equipo Técnico de La Unidad de Enfermería*, 1, 1–18.
- Espinoza, E. (2019). Variables y su operacionalización en la investigación educativa. *Revista Conrado. Universidad técnica de Machala- Ecuador*, 15(69), 171–180. <http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado>
- Flores, G. (2019). El antecedente personal Personal pathological patológico en la anamnesis information in the Clinical History. *Rev Costarr Salud Pública*, 24(1), 49–53.
- Gallegos, R. (2023). *Cultura de seguridad del paciente y autopercepción de eventos adversos* [Universidad Norbert Wiener]. <https://orcid.org/0000-0002-4018-6140>
- García, J. ', & Sánchez. P. (2021). Theoretical design of research: Methodological instructions for the development of scientific research proposals and projects. *Información Tecnológica*, 31(6), 159–170. <https://doi.org/10.4067/S0718-07642020000600159>
- Gómez, C., Ibáñez, D., Rodríguez, Y., & Negrín, E. (2020). Mejoramiento de la administración de riesgos. *Ingeniería Industrial de Gestión de Riesgos*, 41, 1–14.
- Gonzales, J., Salazar, F., Ortiz, R., & Verdugo, D. (2019). Gerencia estratégica: herramienta para la toma de decisiones en las organizaciones. *Universidad Privada Dr. Rafael Belloso*, 21(1), 1–16. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99357718032>
- González, A., Abellon, J., María, J., & Herreros, A. (2018). *Medicamentos Iasa*. <https://www.researchgate.net/publication/329040898>
- Guerra-García, M. M., Campos-Rivas, B., Sanmarful-Schwarz, A., Vírseda-Sacristán, A., Dorrego-López, M. A., & Charle-Crespo, Á. (2018). Description of

- contributing factors in adverse events related to patient safety and their preventability. *Atención Primaria*, 50(8), 486–492. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.013>
- Guerrero-Chanduvi, D. (2018). *Planificación y control de riesgos del proyecto*.
- Guerrero, M., Medina, A., & Nogueira, D. (2020). Risk management procedure as a support to decisions making. *Ingeniería Industrial En Gestión de Riesgos*, XLI(1), e4101–e4101.
- Guerrero, Y. (2021). *Cultura de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en Enfermeras del Servicio de Hospitalización de una Clínica Privada – Lima, 2021*. Universidad Cesar Vallejo.
- Gutiérrez, R. (2018). *La seguridad del paciente conceptos y antecedentes*. <https://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-nacional-autonoma-de-mexico/calidad/con072b-articulo-calidad/15712662>
- Gutiérrez, S. (2018). Reemplazo de la cultura punitiva por la de seguridad del paciente. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(3), 173–176. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2015.09.007>
- Hernández, r., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta (Me)*.
- Hernández, J., & Verdú, L. (2019). *Guía de cuidados: prevención de úlceras por presión guía de cuidados: prevención de las úlceras por presión*.
- Hueso, A., & Cascant, J. (2012). *Metodología y Técnicas Cuantitativas de Investigación* (Vol. 1, pp. 1–24). www.lalibreria.upv.es
- INSNSB, E. (2021). Procedimiento para la Identificación del Paciente. *Guía de Procedimiento de Enfermería*, 1–17.
- Kaya, G. K. (2019). The Relationship Between Risk Management and Patient Safety Incidents in Acute Hospitals in NHS England. In *Lecture Notes in Management and Industrial Engineering book series (LNMIE)* (pp. 471–479). https://doi.org/10.1007/978-3-030-03317-0_38
- Lavell, A. (2018). *Sobre la Gestión del Riesgo: Apuntes hacia una Definición (versión electrónica)*. 1–22.
- Lluch, A., Morales, A., Olivera, M., Olivera, Z., & Rubio, E. (2019). Habilidades del pensamiento crítico para el proceso de razonamiento diagnóstico en estudiantes de enfermería. *Rev. Cuba. Enferm*, 35(3), e2617–e2617.

- Llumiguano, M., Gavilanez, C., & Chavez, W. (2021). Importancia de la auditoria de gestión como herramienta de mejora continua. *Revista de Dilemas Contemporáneos*, 10, 6.
- López, E., Vicente, M., & De la Cruz, C. (2019). *Gestión de riesgo en salud y cultura de seguridad del paciente pediátrico en un hospital de especialidad del sureste de México*. 18(num 2), 201–210. <https://doi.org/10.19136/hs.a18n2.2727>
- López, J., Saavedra, C., Moreno, M., & Flores, S. (2018). Niveles de cumplimiento de calidad del registro clínico. *Revista electrónica de Medicina Salud y Sociedad*, 6(1), 65–77.
- López, P., & Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*.
- Manosalva, L. (2018). Medicamentos de control. *Gestión de La Mejora Continua*, 1–23.
- María, J., & Andrés, A. (2019). *Sistemas de notificación y registro de sucesos adversos*.
- Martínez, F. (2002). La gestión de riesgos sanitarios y los derechos de los pacientes . *Ley 41/2002*, 1(487), 487–512.
- Moreno, T. (2021). *La retroalimentación Un proceso clave para la enseñanza y la evaluación formativa*.
- Mosqueira, R. (2020). *Evaluación de la Gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencia de una IPREES de Cajamarca*. Universidad Cesar Vallejo.
- Moya, S. O. L. (2018). The patient safety in the primary health care. An activity that could be overlooked? *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 17(34), 1–21. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.spap>
- National Patient Safety Agency. (2008). Seven steps to patient safety The full reference guide. *Npsa, August*, 188.
- Norma técnica en salud. (2012). *Gestión y Manejo de Residuos Sólidos en Establecimientos de salud y Servicios médicos de apoyo*. Physics, table 1, 375–376.
- Obando, M. (2020). Capacitación del talento humano y productividad. *ECA Sinergia*, 11(2), 166–173. https://doi.org/10.33936/eca_sinergia.v11i2.2254

- Ocaña-Fernández, Y., Emperatriz Mercado Marrufo, C., Richard Cucho-Flores Universidad Privada San Juan Bautista, R., Arturo Quispe-Cutipa, W., & Renato Danós Lezama, F. (2022). Biolaw, human rights and bioethics: needs and challenges in the contemporary contexta. <https://orcid.org/0000-0002-4187-106X>
- Ojeda, M., Diaz, J., & Valderrabano, D. (2016). *Metodología de muestreo de poblaciones finitas para aplicaciones en encuestas*. <https://www.researchgate.net/publication/320565096>
- Ordinola, M. (2021). Gestión de Calidad del cuidado y Cultura de Seguridad del Paciente en el personal de Enfermería de un Instituto Nacional, Lima. In *Psikologi Perkembangan* (Issue October 2013). Universidad Cesar Vallejo.
- Orengo, V., Peiró, J., & Zornoza, A. (2018). *Equipos de trabajo en las organizaciones. Aportaciones recientes de la investigación y sus implicaciones para la práctica profesional* (Vol. 32, Issue 1). <http://www.cop.es/papeles>
- Padrón, J. (2007). *Tendencias epistemológicas de la investigación científica en el siglo XXI*. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102801>
- Palacios, E., & Holguín, H. (2019). Manual de Bioseguridad. *Dirección de Redes Integradas de Salud, 15018*, 1–23.
- Panagioti, M., Khan, K., Keers, R. N., Abuzour, A., Phipps, D., Kontopantelis, E., Bower, P., Campbell, S., Haneef, R., Avery, A. J., & Ashcroft, D. M. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: Systematic review and meta-analysis. *The BMJ*, 366. <https://doi.org/10.1136/BMJ.L4185>
- Pardo, A. (2018). Gestión de riesgos sanitarios. *Calidad*, 14–16.
- Peña, R., Nader, M., & Hoyos, D. (2023). Indicadores de Calidad de atención en salud. *Gerencia Administrativa En Salud*, 31–41.
- Peralta, D. (2020). Análisis de competencias laborales como base de un plan de capacitación al personal. *Tesis*, 1–55.
- Polanco, J. (2019). *Gestión de Riesgos Sanitarios en Hospital de Baja Complejidad del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota*. Universidad Andrés Bello.
- Porras, A. (2020). Análisis de investigación - muestreo. *Centro de Investigación En Geografía y Geomática*, 14.
- Pozo, F., & Padilla, V. (2018). Evaluación de la cultura de seguridad del paciente en

- el ámbito de un área sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(6), 329–336.
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.03.009>
- Puertas, R., Yaguache, J., & Altamirano, V. (2020). New Trends in Organizational Communication. In *Fonseca Journal of Communication* (Issue 20, pp. 7–11). Ediciones Universidad de Salamanca. <https://doi.org/10.14201/fjc202020711>
- Pulido, A., Ruiz, A., & Ortiz, L. (2020). Mejora de procesos de producción a través de la gestión de riesgos y herramientas estadísticas Improving the processes of production through risk management and statistical tools. In *Revista chilena de ingeniería* (Vol. 28, Issue 1).
- Quezada, S., & Salinas, C. (2021). Modelo de Retroalimentación para el aprendizaje. *Revista Mexicana de investigación Educativa*, 26(88), 225–251.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14068994010>
- Ramírez, E. (2019). Proceso de enfermería. *Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia*, 13(2), 71–72.
- Redondo, P. (2004). Prevención de la enfermedad. *Curso de Gestión Local de Salud Para Técnicos Del Primer Nivel de Atención, CENDEISSS*, 2–24.
- Reyes, R. (2018). Instrumento de acción para la seguridad del paciente. *Agencia de investigación Sanitaria y de Calidad*, 1–31.
- Reynalte, J. (2023). *Trabajo en equipo y desempeño laboral*.
- RM143-2006/MINSA. (2006). *Sistema de Gestión de Calidad - Seguridad del Paciente*.
- Rocco, C., & Garrido, A. (2018). *Seguridad del paciente y cultura de seguridad patient safety and safety culture*.
- Rosado, L., & Martínez, J. (2005). Gestión de riesgos desde la visión de la gestión hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(2), 110–114.
[https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(08\)74730-4](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(08)74730-4)
- Ruiz Pérez, R., Ruiz-Montero, R., Ruiz Moruno, J., Guzmán, B., Barranco, J., & Salcedo, I. (2021). Patient safety: Patients perception at primary care level at an urban healthcare district. *Semergen*, 47(7), 465–471.
<https://doi.org/10.1016/j.semerng.2021.05.006>
- Salgado, C., & Comité de Ética. (2022). *Código de ética para la investigación*.
- Sánchez, D., Acosta, J., & Tafur, A. (2021). Knowledge management practices and teamwork in higher education institutions: measurement scales. *Formación*

Universitaria, 14(1), 157–168. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062021000100157>

- Sánchez López, J. D., Cambil Martín, J., Villegas Calvo, M., Toledo Páez, M. A., Cariati, P., & Moreno Martín, M. L. (2018). Gestión de eventos adversos en un Servicio de Cirugía oral y Maxilofacial. *Journal of Healthcare Quality Research*, 33(5), 256–263. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.07.004>
- Sánchez, Y., Plasencia, J., & Delgado, C. (2021). Procedimiento para determinar el impacto de la gestión de riesgos en las organizaciones. *Dirección y Organización*, 73(73), 39–49. <https://doi.org/10.37610/DYO.V0I73.591>
- Santa Cruz, T. (2022). *Gestión de riesgo en salud y calidad de atención en el servicio de Covid de un hospital de Cusco*. Universidad Cesar Vallejo.
- Sebastián, P., & Azzollini, S. (2018). *Liderazgo, equipos y grupos de trabajo-su relación con la satisfacción laboral*. <http://scholar.google>.
- Sespa. (2018). *Sistema de Gestión para la Seguridad del Paciente. Version 2*, 1–18.
- Shi, X., Li, J., Wang, F., Dinçer, H., & Yüksel, S. (2019). A Hybrid Decision-Making Approach for the Service and Financial-Based Measurement of Universal Health Coverage for the E7 Economies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3295. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183295>
- Silva, R., Valente, G., & Camacho, A. (2020). Risk management in the scope of nursing professionals in the hospital setting. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0303>
- Slawomirski, L., & Klazings, N. (2020a). *The economics of patient safety: from analysis to action*. Paris: Organización de cooperación y desarrollo Económico; 2020. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>
- Sorra, J., & Nieva, V. (2004). Hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 13(1), 1–74. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-228>
- Suarez, M. (2022). *Cultura de seguridad y gestión de riesgos del paciente en enfermedad de Hospital Tumbes*. Universidad Cesar Vallejo.
- Torra, J., Pérez, G., Bosch, A., García, F., Sarabia, R., Soldevilla, J., & Verdú, J. (2020). Incidencia de lesiones por presión en UCIN RSL. *Gerokomos*, 31(31),

- 180–192. <https://doi.org/https://prevencionulcerasyheridas.com/prevent-news-2-eventos-adversos/>
- Torre, P., Eugènia, L., & Castellanos, S. (n.d.). *La historia clínica (HC)*.
- Torres, C., Malta, N., & Olivares, C. (2020). Monitoring system for the implementation of ISO 9001 standard. *Ingeniería Industrial*, 41(1), 1–11.
- Valencia, J., Aranaz, J., Pardo, A., Lopez, N., Diaz, C., Rincón, A., Gea-Velázquez, M., Navarro, C., & Albéniz, L. (2018). Cultura de seguridad del paciente y docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la comunidad de Madrid. In *Rev Esp Salud Pública* (Vol. 92). www.msc.es/resp
- Valle, A. (2022). *La Investigación Descriptiva con Enfoque Cualitativo* (Vol. 1). <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/182854>
- Vargas, J., & Husserl, E. (2023). Introducción a la ética. *Estudios de Filosofía*, 1(67), 1–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.17533/udea.ef.348533>
- Veliz, M., Aquino, N., Robles, V., Tasayco, P., Peláez, A., & Benites, Y. (2022). *Análisis de la situación de salud hospitalaria – HSJL - 2022*.
- Wang, X., Liu, K., You, L., Xiang, J. gen, Hu, H. gang, Zhang, L. feng, Zheng, J., & Zhu, X. wen. (2018). The relationship between patient safety culture and adverse events: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 51(8), 1114–1122. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.12.007>
- World Health Organization (WHO). (2022). *Role of policy-makers and health care leaders in implementation of the Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*.

ANEXOS

Anexo 1: Tabla de operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores		Escala de medición				
Gestión de riesgo sanitario	Según Agra Y, son todos los procesos, pasos o etapas que nos permiten identificar los riesgos sanitarios que amenazan una organización, ara que se puedan aplicar medidas correctivas para disminuir o eliminar los posibles efectos para poder obtener los resultados esperados.	Se define mediante la aplicación de del cuestionario gestión de riesgos sanitarios que permitirá recopilar información sobre las opiniones de los profesionales de salud respecto a cada una de las dimensiones e indicadores de la gestión de riesgo sanitario implementadas en la organización.	Identificación	-Formato de medicamentos	-Formato de prevención de UPP	Ordinal				
				-Formato de caídas	-Manejo de residuos hospitalarios					
				-Identificación del paciente	-Medidas de bioseguridad					
			Análisis - evaluación	Filiación	-Plan de trabajo					
				-Diagnóstico-antecedentes	-Notificación de eventos					
				-Valoración-diagnósticos						
			Planificación - implementación	-Capacitación al personal	-Planes de Mejora					
				-Gestión de riesgos	-Etiquetado de medicamentos					
			Seguimiento y revisión	-Evaluación de resultados	-Difusión de logros					
				Revisión de informes						
			Cultura de seguridad del paciente	La OMS define a la cultura de seguridad del paciente como patrones que se relacionan de manera individual o en una organización basado en las creencias; con el objetivo de disminuir o eliminar el daño al paciente causado en la atención de salud.	Se define mediante la aplicación de del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety que permitirá recopilar información sobre las opiniones de los profesionales de salud respecto a las dimensiones e indicadores de la cultura de seguridad del paciente implementadas en la organización.		Frecuencia de Eventos Notificados	-Notificación de errores		Ordinal
							Percepción de seguridad	-Ritmo de trabajo	-Fallos por casualidad	
-Procedimientos	-Problemas de seguridad									
Expectativas - acciones	-Satisfacción del jefe	-Presión del trabajo								
	-Sugerencias del personal	-Desinterés del jefe								
Mejora continua	-Actividades de mejora	-Evaluación de cambios de mejora								
	-Toma de medidas									
Trabajo en equipo en el servicio	-Apoyo mutuo	-Respeto								
	-Trabajo en equipo									
Franqueza en la comunicación	-Libertad de opinión	-Temor del personal								
	-Cuestionamiento									
Retroalimentación y comunicación	-Acciones ante reportes	-Discusión de soluciones								
	-Comunicación de errores									
Respuesta no punitiva	-Respuesta no punitiva	-Temor del personal								
Dotación de personal	-Suficiente personal	-Trabajo bajo presión								
	-Personal inestable									
Apoyo de la gerencia	-Clima laboral	-Interés ante los sucesos								
	-Seguridad como prioridad									
Trabajo en equipo entre unidades	-Cooperación entre servicios	-Descoordinación								
	-Coordinación entre unidades	-Incomodidad del personal								
Intercurrencias en cambios de Turno y transiciones entre servicios	-Pérdida de información	-Cambios de turno								
	-Inadecuado cambio de información									

Anexo 2: Instrumento de recolección de datos
Cuestionario sobre Gestión de riesgo sanitario

Se solicita su opinión sobre las situaciones relacionadas con la gestión de riesgo sanitario, el cual llevara unos 10 minutos desarrollarla. Este cuestionario es estrictamente confidencial.

Datos Generales

Edad: a) 25-39 años b) 40-59 años c) 60 a más años

Sexo: a) Masculino b) Femenino

Tiempo de servicio: a) 1 a 5 años b) 6 a 10 años c) Más de 10 años

Tiempo de experiencia: a) 1 a 5 años b) 6 a 10 años c) Más de 10 años

Por favor, maque con un (X) la alternativa que mejor valora cada ITEM:

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

ITEMS	1	2	3	4	5
IDENTIFICACION DEL RIESGO					
1. Realiza el correcto llenado del formato sobre administración de medicamentos (Kardex)					
2. Realiza el correcto llenado del formato sobre caídas de los pacientes					
3. Verifica los brazaletes de identificación del paciente al realizar un procedimiento					
4. Realiza la valoración y el correcto llenado del formato de lesiones por Presión					
5. En su servicio cuentan permanentemente con contenedores para desechos de residuos sólidos					
6. En su servicio cuentan permanentemente con contenedores rígidos para punzocortantes					
7. En su servicio cuentan permanentemente con señalética para la identificación de residuos sólidos					
8. En su servicio cuentan permanentemente con dispensadores					

con jabón en los lavatorios del personal					
9. En su servicio cuentan permanentemente con dispensadores con papel toalla en los lavatorios del personal					
ANALISIS-EVALUACION					
10. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
11. Revisa y verifica el registro sobre la enfermedad actual y antecedentes del paciente					
12. Revisa, verifica y realiza el registro sobre el examen físico (incluido las funciones vitales), valoración y diagnósticos.					
13. En su servicio se realiza el registro sobre plan de trabajo e intervenciones					
14. En su servicio se realiza el registro o notificación de eventos adversos					
15. En su servicio cuentan con un responsable de registrar los eventos adversos					
PLANIFICACION-IMPLEMENTACION DE RESPUESTA A RIESGOS					
16. Recibe capacitaciones por parte del comité de eventos adversos					
17. Considera que existe una adecuada gestión de los riesgos identificados en la institución					
18. En su servicio se implementan con frecuencia planes de mejora en los riesgos identificados.					
19. Se cumple con el etiquetado azul de medicamentos LASA y el etiquetado rojo de medicamentos de Alerta Máxima					
SEGUIMIENTO-REVISION					
20. Se realiza el seguimiento para evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora que se van implementando.					
21. Existe una política de elaboración de informes de resultados de las acciones de mejora que se implementan					
22. Se difunden a los miembros de la institución, los resultados y logros obtenidos a partir de las acciones de mejora implementadas por la clínica					

Cuestionario sobre la Cultura de Seguridad del paciente

Se le solicita su opinión sobre las situaciones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla le llevara aproximadamente 10 minutos. Este cuestionario es estrictamente confidencial.

Por favor, maque con un (X) la alternativa que mejor valora cada ITEM:

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

ITEMS	1	2	3	4	5
1. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
2. Se notifican los errores que no causaron daño al paciente.					
3. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas.					
4. En el servicio se producen fallos por casualidad.					
5. En el servicio si se aumenta el ritmo de trabajo puede afectar la seguridad del paciente.					
6. En el servicio hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente"					
7. Los procedimientos y medios de trabajo son adecuados para evitar errores en la atención.					
8. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
9. Mi superior/jefe tiene en cuenta, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente					
10. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
11. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente					
12. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
13. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de					

nuevo.					
14. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
15. El personal se apoya mutuamente					
16. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
17. En el servicio nos tratamos todos con respeto.					
18. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
19. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
20. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
21. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.					
22. Cuando se notifica algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo					
23. Se nos informa de los errores que ocurren en el servicio					
24. En el servicio se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
25. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
26. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".					
27. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
28. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo					
29. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
30. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
31. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas con mucha prisa.					
32. La gerencia o la dirección facilitan un clima laboral que					

favorece la seguridad del paciente.					
33. La gerencia o dirección muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades					
34. La gerencia/dirección sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente					
35. Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
36. Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					
37. Los diferentes servicios no coordinan bien entre ellas.					
38. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios.					
39. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra					
40. En los reportes de cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
41. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
42. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los reportes en los cambios de turno					

Anexo 3: Consentimiento informado UCV

Consentimiento Informado

Título de la Investigación: Gestión de riesgo sanitario y cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

Investigadora: Katherine Elizabeth Pozo Pecho

Propósito del estudio

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Gestión de riesgo sanitario y cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023”. Esta investigación es desarrollada por la estudiante de postgrado del programa de maestría de gestión en los servicios de salud de la Universidad Cesar Vallejo del Campus de Lima-Este, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso del Hospital de San Juan de Lurigancho, con el objetivo de determinar la relación entre la gestión de riesgo sanitario y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.

Procedimiento

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta donde se recogerán los datos personales y algunas preguntas sobre la investigación titulada “Gestión de riesgos sanitario y cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023”
2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 20 minutos y se realizará en el ambiente del servicio de emergencia – UCI. Las respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Participación voluntaria (principio de autonomía)

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no

desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

Riesgo (principio de No maleficencia)

NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso de que existan preguntas que le puedan generar incomodidad, usted tiene la libertad de responderlas o no.

Beneficios (principios de beneficencia)

Los resultados de la investigación se le alcanzara a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico, ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo los resultados de este estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

Confidencialidad (principio de justicia)

Los datos recolectados son anónimos y no existe ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador y pasado un tiempo determinado serán eliminados

Problemas o preguntas

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar a la investigadora: Pozo Pecho Katherine Elizabeth con e-mail: katherinepozo68@gmail.com y Docente asesora: Dra. Huauya Leuyacc, María Elena

Consentimiento

Después de haber leído los propósitos de esta investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Nombres y Apellidos:

Fecha y Hora:

Anexo 4: Cálculo del tamaño de Muestra

$$n = \frac{z^2 p * q * N}{e^2 * (N - 1) + z^2 * p * q}$$

Donde:

n = es el tamaño de la muestra

z = es el nivel de confianza

e = es el margen de error

p = es la variabilidad positiva

q = es la variabilidad negativa

N = es el tamaño de la población

$$\frac{1.96^2 * 0.50 * 0.50 * 101}{0.05^2 * (101 - 1) + 1.96^2 * 0.50 * 0.50}$$

n = 80.1

Anexo 5: Prueba de Normalidad

Mediante la prueba de Kolmogorof – Smirnov se determinaron las distribuciones de normalidad de los datos de las variables para lo cual se plantearon las siguientes hipótesis:

Ho: Los datos siguen una distribución normal.

H1: Los datos no siguen una distribución normal.

Con un nivel de confianza de 95% y de significancia (alfa) del 5% para el margen de error

Regla de contraste

$p < 0.05$ se rechaza Ho y se acepta la H1.

$p \geq 0.05$ se acepta Ho y se rechaza la H1.

Tabla 7

Prueba de normalidad de la variable gestión de riesgo sanitario y cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023

Prueba de Normalidad			
	Kolmogorov - Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Gestión de riesgo sanitario	,142	80	<.001
Cultura de seguridad del paciente	,119	80	,007

Nota: Corrección de significación de Lilliefors. Datos extraídos del SPSS.

Tras observar los datos de la tabla 7 y dado que la muestra es mayor a 50 se tendrá en consideración la prueba d Kolmogorov - Smirnov, así mismo se observa que las variables no siguen una distribución normal, poseen una distribución heterogénea ya que p-valor es < 0.05 , a partir de ello se aplicó la prueba no paramétrica de Rho Spearman para poder medir la correlación de variables.

Anexo 6: Carta de presentación



Escuela de Posgrado

Lima SJL, 23 de noviembre del 2023

NºCarta P.0222 – 2023-2 EPG – UCV LE

SEÑOR(A)

Dr Juan Carlos Becerra Flores
Director.
Hospital de San Juan de Lurigancho

Asunto: Carta de Presentación del estudiante POZO PECHO KATHERINE ELIZABETH

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a POZO PECHO KATHERINE ELIZABETH identificado(a) con DNI N.º 44069319 y código de matrícula N.º 7002943700; estudiante del Programa de MAESTRIA EN GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

GESTION DE RIESGO SANITARIO Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE UNA INSTITUCION DE SALUD, LIMA, 2023

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestro(a) estudiante a su Institución a fin de que pueda aplicar entrevistas y/o encuestas y poder recabar información necesaria.

Con este motivo, le saluda atentamente,



LIMA NORTE Av. Alfredo Mendiola 6232, Los Olivos. Tel.:(+511) 202 4342 Fax.:(+511) 202 4343
LIMA ESTE Av. del Parque 640, Urb. Canto Rey, San Juan de Lurigancho Tel.:(+511) 200 9030 Anx.:2510.
ATE Carretera Central Km. 8.2 Tel.:(+511) 200 9030 Anx.: 8184
CALLAO Av. Argentina 1795 Tel.:(+511) 202 4342 Anx.: 2650.

Anexo 7: Autorización de la aplicación del instrumento



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

San Juan de Lurigancho, 31 de Octubre del 2023

CARTA N° 136- 2023-UADI-HSJL

POZO PECHO, KATHERINE ELIZABETH
ALUMNA DE LA UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO, ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAestrÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA
SALUD.

Presente. –

ASUNTO : AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO EN EL HOSPITAL
SAN JUAN DE LURIGANCHO.

REFERENCIA : S/N

Es grato dirigirme a Usted, para saludarla cordialmente y según documento de la referencia, hacer de conocimiento que la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación y la Coordinación de Investigación **AUTORIZA**, a la Investigadora Principal: **POZO PECHO, KATHERINE ELIZABETH**, Alumna de la Universidad Cesar Vallejo Escuela de Posgrado Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, en relación a la Investigación titulada: "**GESTIÓN DE RIESGO SANITARIO Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD, LIMA, 2023**".

Asimismo, desearle éxitos en la mencionada investigación, la misma que deberá servir de aporte a la sociedad con miras a dar soluciones; por ello, se solicita que se nos remita el informe final a fin de implementar mejoras con los resultados y conclusiones que se obtengan.

Sin otro particular me suscribo de Ud.,

Atentamente,


MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REGISTRO NACIONAL DE SALUD - LIMA CENTRO
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
MC. CARLOS ALBERTO HURTADO RUBIO
CMP. N° 031844 - RNE. N° 017232
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

www.hospitalsjl.gob.pe Av. Canto Grande Alt. Paradero 11 s/n
San Juan de Lurigancho - Lima Perú



Anexo 8: Autorización de Comité Institucional de Ética

	PERU Ministerio de Salud	Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud	Hospital San Juan de Lurigancho	Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional" "Año del bicentenario del congreso de la república del Perú".
---	------------------------------------	---	---------------------------------	---

CONSTANCIA

La Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación- Coordinación de Investigación y el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital San Juan de Lurigancho, **APROBÓ** la Revisión del Proyecto de Investigación titulado:

“GESTIÓN DE RIESGO SANITARIO Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN PROFESIONALES DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD, LIMA, 2023.”

INVESTIGADORA PRINCIPAL:

- POZO PECHO, KATHERINE ELIZABETH

Dicho trabajo de investigación será desarrollado para Optar el Grado Académico De: Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado Programa Académico de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud.

Se expide la presente para los fines que convenga al interesado.

San Juan de Lurigancho, 06 de Noviembre del 2023


M.C. CARLOS ALBERTO HURTADO RUBIO
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital San Juan de Lurigancho



CAHR/LBC
CC/Archivo
Folios:



Anexo 9: Tabla de Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES		DISEÑO METODOLÓGICO
Problema General ¿Qué relación existe entre la gestión de riesgos sanitario y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023?	Objetivo General Determinar la relación entre la gestión de riesgo sanitario y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	Hipótesis General Existe una relación significativa entre la gestión de riesgo sanitario dimensión identificación y la cultura de,seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	Variable 1: Gestión de riesgos sanitarios	Identificación del riesgo	-Llenado de formato de medicamentos -Formato de caídas -Formato de lesiones UPP	-Manejo de residuos hospitalarios -Medidas de Bioseguridad -Identificación del paciente	Enfoque: Cuantitativo Tipo: Aplicado Nivel: Descriptivo-correlacional Diseño: No experimental y de corte transversal Población: 99 profesionales Muestra: 81 profesionales Muestreo: probabilístico aleatorio Técnica; Encuesta Instrumento: Cuestionario
				Análisis - evaluación	- Filiación - Diagnóstico-antecedentes - Valoración-diagnósticos	-Plan de trabajo -Notificación de eventos adversos	
				Planificación-implementación	- Capacitación al personal - Gestionar riesgos	-Planes de Mejora -Etiquetado de medicamentos	
				Seguimiento-revisión	-Evaluación de resultados	-Revisión de informes -Difusión de logros	
Problemas específicos ¿Qué relación existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión identificación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023? ¿Qué relación, existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión análisis - evaluación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023? ¿Qué relación existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión planificación - implementación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023? ¿Qué relación existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión seguimiento - revisión y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023?	Objetivos especificados Indicar la relación que existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión identificación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. Identificar la relación que existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión análisis - evaluación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. Analizar la relación que existe entre gestión de riesgo sanitario dimensión planificación - implementación y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. Conocer la relación que existe entre la gestión de riesgo sanitario dimensión seguimiento - revisión y la cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	Hipótesis Específicas Existe una relación significativa entre la gestión de riesgo sanitario dimensión identificación y la cultura de,seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. Existe una relación significativa entre la gestión de riesgo sanitario dimensión análisis - evaluación y la cultura de,seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. Existe una relación significativa entre gestión de riesgo sanitario dimensión planificación - implementación y la cultura de,seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023. Existe una relación significativa entre la gestión de riesgo sanitario dimensión seguimiento - revisión y la cultura de,seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, Lima, 2023.	Variable 2: Cultura de seguridad del paciente.	Frecuencia de Eventos notificados	-Notificación de errores		
				Percepción de seguridad	-Ritmo de trabajo -Procedimientos	-Problemas de seguridad -Fallos por casualidad	
				Expectativas- acciones de dirección	-Satisfacción del jefe -Sugerencias del personal	Presión del trabajo Desinterés del jefe	
				Mejora continua	-Actividades de mejora -Toma de medidas	-Evaluación de cambios de mejora	
				Trabajo en equipo en la unidad	Apoyo mutuo	Trabajo en equipo -Respeto	
				Franqueza en la comunicación	-Libertad de opinión -Cuestionamiento	-Temor del personal	
				Retroalimentación sobre errores	-Acciones ante reportes -Comunicación de errores	-Discusión de soluciones	
				Respuesta no punitiva	-Respuesta no punitiva Temor del personal		
				Dotación de personal	-Suficiente personal -Personal inestable	-Trabajo bajo presión	
				Apoyo de la gerencia	-Clima laboral -Seguridad como prioridad	-Interés ante los sucesos	
				Trabajo en equipo entre servicios	-Cooperación entre servicios -Coordinación entre unidades	-Descoordinación -Incomodidad del personal	
				Problemas en cambios de turno - transiciones entre servicios	-Pérdida de información -Inadecuado cambio de información -Cambios de turno		