



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

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

Gestión del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del
paciente en un hospital de salud mental, Lima 2023

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

AUTORA:

Calisaya Rodriguez, Elena Cecilia (orcid.org/0000-0001-5654-1752)

ASESORAS:

Dra. Mercado Marrufo, Celia Emperatriz (orcid.org/0000-0002-4187-106X)

Dra. Meneses La Riva, Mónica Elisa (orcid.org/0000-0001-6885-9207)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2023

DEDICATORIA

Dedico este trabajo con todo el amor a mis hijos André y Valeria, por ser mi fuerza e inspiración en cada paso de mi vida, demostrándome siempre amor y esperanza.

A mi esposo Richard, por ser mi compañero incondicional, dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas sin desfallecer, a mi madre Felicidad, por su apoyo constante y por impulsarme a ser mejor cada día en mi carrera profesional.

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a la Dra. Celia Mercado Marrufo, por su guía, aporte y motivación constante para el desarrollo de la presente investigación.

Mi eterna gratitud a mis padres y hermanos, quienes siempre confiaron y creyeron en mí, sin su apoyo incondicional no habría podido salir adelante.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

ESCUELA PROFESIONAL DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, MERCADO MARRUFO CELIA EMPERATRIZ, docente de la ESCUELA DE POSGRADO de la escuela profesional de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Gestión del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de salud mental, Lima 2023", cuyo autor es CALISAYA RODRIGUEZ ELENA CECILIA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 17.00%, 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, 27 de Diciembre del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MERCADO MARRUFO CELIA EMPERATRIZ DNI: 10061458 ORCID: 0000-0002-4187-106X	Firmado electrónicamente por: CMERCADOM el 29- 12-2023 20:30:15

Código documento Trilce: TRI - 0710810





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, CALISAYA RODRIGUEZ ELENA CECILIA estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Gestión del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de salud mental, 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
ELENA CECILIA CALISAYA RODRIGUEZ DNI: 42555336 ORCID: 0000-0001-5654-1752	Firmado electrónicamente por: ECALISAYA el 27-12- 2023 22:24:34

Código documento Trilce: TRI - 0710809

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
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 GRÁFICOS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	16
3.1 Tipo y diseño de investigación:	16
3.2 Variables y operacionalización	17
3.3 Población, muestra y muestreo	17
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	18
3.5 Procedimientos	20
3.6 Método de análisis de datos	20
3.7 Aspectos éticos	20
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN	31
VI. CONCLUSIONES	36
VII. RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1	Valores y rango asignado cuestionario gestión de riesgo	20
Tabla N° 2	Valores y rango asignado cuestionario cultura de cumplimiento	20
Tabla N° 3	Características generales del personal de enfermería	21
Tabla N° 4	Distribución de la gestión de riesgo por dimensiones	23
Tabla N° 5	Distribución de la cultura de cumplimiento en seguridad por dimensiones	25
Tabla N° 6	Correlación de las variables gestión de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad	26
Tabla N° 7	Correlación de la dimensión análisis situacional y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente	27
Tabla N° 8	Correlación de la dimensión tratamiento del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente	28
Tabla N° 9	Correlación de la dimensión evaluación de resultados y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente	29
Tabla N°10	Correlación de la dimensión evaluación de resultados y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente	30

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1 Esquema del diseño de investigación	17
Gráfico N° 2 Distribución de la gestión de riesgo	22
Gráfico N° 3 Distribución de la cultura de cumplimiento en seguridad	24

RESUMEN

Los hospitales de salud mental por la vulnerabilidad de sus pacientes, necesitan un sistema de gestión de riesgo eficiente, que mejore la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente a través de prácticas seguras, la investigación realizada tuvo como objetivo determinar la relación entre la gestión del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023, la metodología fue básica, cuantitativa, no experimental, correlacional simple y de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 61 enfermeras del área de hospitalización y emergencia. Los resultados muestran un p-valor de 0.001 y Rho de Spearman de 0.646 entre las variables principales, obteniendo una relación positiva moderada, la gestión de riesgo fue considerada regular en un 68.85% y deficiente en 18.03% y cultura de cumplimiento en seguridad como regular en 49.18% y eficiente en 50.82%, la relación por dimensiones con la variable cultura de cumplimiento, el análisis situacional, tratamiento del riesgo y evaluación de resultados obtienen un Rho de Spearman de 0.544, 0.651 y 0.419 respectivamente con una relación significativa positiva moderada, se concluyó que existe relación significativa entre ambas variable, mejorando la gestión de riesgo mejoraría la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente.

Palabras Clave: Gestión de riesgo, cultura, seguridad, salud mental.

ABSTRACT

Mental health hospitals, due to the vulnerability of their patients, need an efficient risk management system that improves the culture of compliance in patient safety through safe practices. The research carried out aimed to determine the relationship between risk management risk and culture of compliance in patient safety in a Mental Health hospital, Lima 2023, the methodology was basic, quantitative, non-experimental, simple correlational and cross-sectional, the sample was made up of 61 nurses from the hospitalization and emergency area. The results show a p-value of 0.001 and Spearman's Rho of 0.646 between the main variables, obtaining a moderate positive relationship, risk management was considered regular in 68.85% and deficient in 18.03% and safety compliance culture as regular. in 49.18% and efficient in 50.82%, the relationship by dimensions with the compliance culture variable, situational analysis, risk treatment and results evaluation obtain a Spearman's Rho of 0.544, 0.651 and 0.419 respectively with a moderate positive significant relationship. It was concluded that there is a significant relationship between both variables, improving risk management would improve the culture of compliance in patient safety.

Keywords: Risk management, culture, security, mental health.

I. INTRODUCCIÓN

Con la finalidad de tratar la problemática actual sobre riesgo y seguridad en la atención sanitaria, la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023) menciona que existen cifras impactantes referentes a los incidentes adversos presentados en la atención, figurando dentro de las más frecuentes causas de discapacidad y mortandad. De cada 10 pacientes al menos uno sufre lesiones mientras está en el hospital y 50% de estos daños pueden ser prevenibles, los reportes dados en países bajos y medianos respecto a los eventos adversos indican 2.6 millones de muertes relacionados con la identificación, diagnóstico, tratamiento, medicación y caída del paciente. La OMS (2021), se refiere al tema de la atención segura como la ausencia de daños y riesgos potenciales relacionados con la atención en salud con la aplicación de herramientas y métodos estructurales y procedimentales, con evidencia científica documentada para reducir el riesgo, creando culturas y formas de actuar en los procesos de forma segura (p.1).

Para la Organización Internacional de Estandarización (2018) toda organización debido a la variabilidad de sus procesos se expone a sufrir riesgos, siendo importante la identificación de ellos en todos sus niveles para gestionarlos a través de un plan y garantizar la seguridad en sus procesos. En salud plantear la gestión de riesgos significa abordar la problemática asociada a los eventos no deseados durante la atención del paciente, debido a que trabajamos frente a un complejo sistema de procesos cambiantes de acuerdo con el estado del paciente. La OMS (2021) considera que estos riesgos pueden ser prevenibles con una adecuada gestión de riesgo, lo cual reduciría los costos en salud y estancias hospitalarias prolongadas que conlleven a la muerte y discapacidad, que evitaría el sufrimiento del paciente y familia, así como del personal e institución que puede verse envuelto en procesos medico legales y sanciones. (p. 3).

En el Perú, el Ministerio de Salud (2020) puso en marcha una directiva para realizar rondas de seguridad del paciente y contribuir en la gestión del riesgo a nivel hospitalario, impulsando la gestión del riesgo en todas la áreas asistenciales y administrativas que involucren la atención del paciente, proponiendo acciones para prevenir prácticas inseguras dentro del sistema y sus procesos (p. 4).

En Colombia MinSalud (2014) la gestión del riesgo en salud mental es visto desde un enfoque sistémico, considera al paciente vulnerable interrelacionándose con el contexto de salud, el entorno amenazante, y los aspectos biopsicosociales (p. 7), implementando para su abordaje protocolos, guías estandarizadas y prácticas seguras en salud mental, con un adecuado seguimiento, evaluación y notificación de eventos adversos.

Según un reporte MINSA (2020), el 51% de hospitales a nivel nacional presentan infraestructura y equipamiento deficiente, que se suma la escasez de recursos logísticos, humanos y la falta de estandarización de procesos clínicos, estos factores en conjunto favorecen el aumento de riesgo en la atención e impiden prestar una atención segura para el paciente. Las organizaciones sanitarias tienen una cultura compartida respecto al manejo de seguridad en sus procesos, que resultan de la interacción del comportamiento, valores y percepciones del trabajador y su equipo (Mella, et al. 2019, p. 3). Una baja cultura de seguridad dentro de un equipo de salud conlleva a que formas de actuar y proceder de riesgo se conviertan en normas aplicables de la institución, siendo necesario trabajar en el manejo del riesgo para formar una adecuada cultura de seguridad.

A nivel local, en un hospital de salud mental en la zona Lima Este, cuenta con un equipo para impulsar y promover la gestión de riesgo, realizando acciones de monitoreo, supervisión para fortalecer la seguridad en la atención y disminuir el riesgo en los servicios asistenciales, a pesar de ello se observa algunas dificultades en las áreas hospitalarias, donde el personal tiene poco conocimiento sobre el análisis situacional y los riesgos identificados en su servicio, identificando los riesgos de su rutina de trabajo de manera reactiva o cuando se presenta el incidente, interfiriendo a que se tomen acciones y propuestas de acuerdo a su problemática diaria, para posteriormente ser evaluadas e implementadas, situación que impide el involucramiento activo del personal asistencial en gestionar el riesgo durante su jornada de trabajo.

La creciente demanda de atención del hospital post pandemia, la presión del trabajador para atender las necesidades de los usuarios, así como la resistencia al cambio de cumplir nuevas disposiciones y directivas por parte del personal que cuenta con una cultura de seguridad formada en sus años de servicio, conlleva al profesional a incumplir algunas medidas establecidas en la atención segura,

cometiendo errores en la identificación del paciente, administración equivocada del tratamiento, omisión de información relevante entre profesionales en los reportes de servicio y evolución de historia clínica, fuga de pacientes vulnerables por fallas en el sistema de seguridad que conlleva a problemas judiciales y policiales para el profesional y la institución.

Los pacientes de salud mental necesitan tener atenciones seguras y con el mínimo de daño, siendo importante gestionar el riesgo que pueden tener origen en el sistema o en el actuar del personal, logrando en la organización formar verdadera cultura de cumplimiento en seguridad. Por lo anteriormente mencionado se consideró plantear como problema general: ¿Cuál es la relación entre gestión del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023? y sus problemas específicos: (i) ¿Cuál es la relación del análisis situacional y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023?, (ii) ¿Cuál es la relación de la valoración del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023?, (iii) ¿Cuál es la relación del tratamiento del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023?, (iv) ¿Cuál es la relación de la evaluación de resultados y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023?.

La investigación presentada se justificó de forma teórica, porque se indagó mediante una exhaustiva revisión literaria diversos aspectos de las variables de estudio gestión de riesgos y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente, permitiendo la introducción y ampliación de conocimientos para encontrar explicaciones a las preguntas de estudio, constituyendo las bases principales que orientaron el desarrollo del estudio. El aporte metodológico se dio por la propuesta de un cuestionario que podrá ser utilizado en futuros estudios.

Visto desde el ángulo práctico permitió identificar las dimensiones que tienen mayor relación con la cultura de seguridad para su fortalecimiento, que ayudarán futuramente a desarrollar nuevas estrategias para una atención segura. Finalmente, la justificación social se centró en conocer la gestión de riesgo para potencializar las fortalezas y minimizar errores que pueden ser mortales durante la atención en un centro de salud mental y psiquiatría.

Para el problema antes formulado y encontrar la relación entre ambas variables el objetivo general fue: Determinar la relación entre la gestión del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de salud mental, Lima 2023, se plantearon los siguientes objetivos específicos para su mejor estudio: (i) Establecer la relación del análisis situacional y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de salud mental, Lima 2023, (ii) Establecer la relación de la valoración del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de salud mental, Lima 2023, (iii) Establecer la relación del tratamiento de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de salud mental, Lima 2023, (iv) Establecer la relación de la evaluación de resultados y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de salud mental, Lima 2023.

Después de haber presentado el planteamiento del problema y los objetivos para el presente trabajo de investigación, se planteó la siguiente hipótesis general: Existe relación significativa entre la gestión del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023; así mismo, se formuló las hipótesis específicas: H_{E1} Existe relación significativa entre el análisis situacional y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de salud mental, Lima 2023, H_{E2} Existe relación significativa entre la valoración del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de salud mental, Lima 2023, H_{E3} Existe relación significativa entre el tratamiento de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de salud mental, Lima 2023, H_{E4} Existe relación significativa entre la evaluación de resultados y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de salud mental, Lima 2023.

II. MARCO TEÓRICO

Para el presente estudio de investigación se realizó una búsqueda de trabajos compatibles con las variables principales propuestas, se encontraron como antecedentes nacionales los siguientes: Paredes N.(2023) realizó un estudio, para determinar cómo influye la gestión de riesgos en la seguridad del usuario quirúrgico en un Hospital nivel III de Lima, aplicó un enfoque cuantitativo, descriptivo, diseño, no experimental correlacional y transversal, participaron 70 trabajadores del centro quirúrgico, los principales resultados indican que la gestión de riesgos es manejada de forma regular en 58.6%, y deficiente en 41.4%, la seguridad del paciente fue calificada como regular en un 100%, el análisis de ambas variables indican una incidencia directa entre gestión de riesgo y seguridad del paciente en un 83.8%, las dimensiones evaluación de riesgo 63.7% y despliegue de actuación 69.8% tienen mayor incidencia sobre la seguridad. Concluyeron que la gestión del riesgo influye la seguridad del paciente, siendo necesario plantear soluciones para reducir los eventos adversos y dar una atención segura.

Paredes M. (2023) realizó una investigación, en un hospital nivel I en Lima, con el propósito de encontrar relación entre las variables gestión del cuidado y cultura de seguridad en salud, aplicó un enfoque cuantitativo, básica, no experimental, correlacional y corte transversal; utilizó una encuesta para 169 enfermeras. En los resultados observaron que las dimensiones accesibilidad con 0.252, información con 0.23, anticipación con 0.223 y relación de confianza con 0.264 tienen un coeficiente de correlación positivo bajo. Concluyeron que entre ambas variables estudiadas hay una relación significativa y establecieron que al incrementar la gestión del cuidado incrementa la cultura de seguridad.

Laura y Astete (2021) en un estudio sobre gestión de seguridad y calidad del cuidado en el paciente de una unidad intensiva en un hospital en Lima 2019, para establecer relación de las variables gestión de seguridad y calidad del cuidado de enfermería, el método fue no experimental de corte transversal, descriptivo y cuantitativo, participando 52 enfermeras del área, aplicando una lista de cotejo y una escala para la seguridad del paciente y calidad del cuidado respectivamente. Los principales resultados indicaron que la gestión de seguridad es considerada 42.3% y 25%, como medio y alto, la calidad de cuidado es considerado como bajo en 40.4% concluye que hay correspondencia entre ambas variables.

Suárez (2022) investigó la cultura de seguridad y gestión de riesgos en un hospital en el norte del país, para establecer una relación de variables, el enfoque para este estudio fue el cuantitativo, correlacional de corte transversal, participaron 30 profesionales de enfermería. Los resultados mostraron una correlación positiva alta (0,757) entre las principales variables, las dimensiones de accesibilidad 0.770, competencia profesional 0.702 y dimensión dirección 0.769, muestran una correlación positiva alta, finalmente concluye que, existe relación entre las variables principales y sus dimensiones.

Mosqueira (2020) realiza un estudio con el fin de establecer la asociación existente entre la evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de urgencias en una institución de sanitaria en Cajamarca. Es un estudio con enfoque cuantitativo, correlacional y transversal, participaron 65 trabajadores, en los resultados el personal considera que se evalúan los riesgos de forma regular en 61.5% y respecto a la seguridad del paciente 53,8% consideró como alto, concluyendo que hay asociación significativa entre variables.

Para ampliar el campo investigativo de las variables principales del estudio a nivel internacional, se realizó la búsqueda de estudios previos y se encontró: En España a Peradejordi et al. (2023) en una publicación en una revista, sobre percepción de la cultura de seguridad en un área crítica, buscó conocer las percepciones del equipo y los pacientes sobre seguridad del paciente en áreas críticas, planteó una metodología descriptiva transversal, participaron 118 personas entre profesionales y técnicos y 45 pacientes, aplicó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture. Los principales hallazgos muestran que el 54,3% tenía conocimiento sobre el proceso para notificación de eventos adversos pero la mitad de ellos no hicieron reporte alguno, se obtienen puntuaciones bajas en la percepción de seguridad 57.7%, asignación de personal 81,7% y apoyo gerencial 69,9%. Concluyendo que el personal permanente tiene mejor percepción de seguridad, existiendo problemas en la notificación de incidentes por desconocimiento del procedimiento, dotación de personal inadecuado, apoyo deficiente de los directivos, recomiendan realizar estudios en seguridad del paciente para instaurar mejoras.

En Colombia, Valencia et al. (2021), en un estudio publicado en la revista *cuidarte*, buscaron valorar la cultura de seguridad del paciente y el nivel percibido

de seguridad en funcionarios de un hospital III 2015-2019, la metodología utilizada fue cuantitativo correlacional, con 402 participantes, aplicó el instrumento HSPSC sobre cultura de seguridad, los resultados referentes a las dimensiones trabajo en equipo (85,5%) y aprendizaje organizacional (81,5%) obtienen puntuaciones altas y respecto al grado percibido de seguridad destaca la notificación de incidentes y el aprendizaje organizacional. Concluye que hay correspondencia entre la seguridad del paciente y el grado de percepción de seguridad mientras se realicen mejoras en uno de sus componentes.

En México, Santiago et al. (2019) publicó su investigación realizada en una revista de Enfermería, con el propósito de estudiar la cultura de seguridad en hospitales especializados, utilizó el enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal. Encontraron que el grado de cultura de seguridad de manera global es 45.1% , para el personal el grado de seguridad se percibió en 8.1/ 10. La dimensión de mayor puntaje fue el trabajo en equipo 75.3% y con puntajes bajos dotación de personal , gestión (28.8%) y dificultades en el cambio de horario (34.8%). El estudio concluye que se necesita hacer un análisis organizacional, de esta forma aprovechar las oportunidades y fortalezas institucionales y del grupo humano para reducir errores.

En Reino Unido, Kubra (2019), investigó la correlación entre la gestión de riesgos en los hospitales y cómo afecta la seguridad del paciente, encontró que las instituciones que tienen mayor gestión de riesgos realizan mayores reportes de los incidentes ocurridos en la atención del paciente, hallando una relación estadísticamente significativa, mientras que los hospitales con gestión baja de riesgos realizaron reportes mínimamente, concluyendo que una mayor notificación de incidentes ocurridos en la atención optimizan la gestión de riesgos en los hospitales permitiendo identificar las dificultades para proponer medidas de implementación y mejorar la cultura de notificación de incidentes en el personal.

En España, Mora et al. (2019) en una publicación de revista, sobre la aplicación del mapa de riesgos como herramienta de monitorización en la seguridad del paciente en emergencia, con el fin de diseñar una herramienta que identifique el riesgo, para su gestión oportuna en un área pediátrica, de esta forma estudiar el impacto de las acciones implementadas, fue un estudio cuantitativo, longitudinal en los años 2017-2019, los resultados encontrados, indican que en el 2017 encontraron un riesgo muy alto (54,7%), planificándose 19 acciones de mejora para

abordar 46 modos de fallo, en el 2019 se encontró un riesgo alto (48,2%) disminuyendo el riesgo en 20%, concluyen que la herramienta propuesta tiene mucha utilidad para identificar los riesgos en la seguridad de la atención, permite establecer estrategias claras de mejora así como su monitorización, ayudando a reducir los niveles de riesgo en la actividad asistencial.

Para profundizar el estudio de la variable gestión de riesgo y dimensiones, se toma como referente teórico a Martínez y Ruiz (2001) definen la gestión de riesgos dentro del sistema sanitario, como las acciones que se realizan en conjunto a nivel micro y macro, que no necesariamente garantizan la ausencia de un incidente adverso, buscan agotar las posibilidades de ocurrencia, ayudando a la organización anticiparse de eventos no deseables. Los incidentes que se identifican, no con un fin punitivo, por el contrario, sirven como información base y útil para poder abordar el problema en el futuro, teniendo un sistema de notificación e información que permita analizarlos y tratarlos, contribuyendo a formar en la organización una cultura en manejo del riesgo (p. 8).

La Organización Internacional de Normalización (2018) promueve la gestión del riesgo en su normativa 31000:2018, definiéndola como las acciones que se cumplen para dar seguimiento, controlar y monitorizar los riesgos en una institución, y permite identificar factores externos e internos que enfrenta e impiden el alcance de sus metas institucionales. Esta normativa aplicada al campo sanitario permite observar tanto al paciente y a la organización, como una fuente de riesgo que pueden ser tratados y prevenidos antes de que ocurran.

Según Ayuso (2021) Los sistemas de salud son organizaciones que se enfrentan a un riesgo permanente, unos atribuidos al trabajo del profesional por incumplimiento, omisión, sobrecarga de pacientes y alta demanda; y otros propios de la institución relacionados con la infraestructura, logística y normativas, (p.46). Lo anteriormente mencionado se complementa con García y Leal (2022) que considera importante implementar un programa permanente de gestión de riesgos para identificar y disminuir situaciones adversas u otros riesgos relacionados a la seguridad del paciente y equipo sanitario, siendo importante que los gestores adopten un programa formal para su adecuado cumplimiento.

Según Cruz et al., (2018) los usuarios que acuden en busca de ayuda a una institución sanitaria están en riesgo de sufrir un incidente inesperado, no obstante,

los pacientes con diagnósticos de psiquiatría y salud mental y psiquiatría el riesgo aumenta, principalmente por las conductas propia de la enfermedad y el contacto con usuarios con similares diagnósticos, pudiendo ocurrir “autolesión, agresión y violencia, y comportamiento sexualmente desinhibido”. Otros riesgos asociados son los provocados por el tratamiento farmacológico, estado de conciencia y fugas, colocándolos en una situación vulnerable frente a otros pacientes dentro de las instituciones de salud (p. 292).

Para, Madrid y Hernández (2022) la implementación de un sistema para el manejo del riesgo y seguridad en la atención ha tomado como referencia el ciclo de mejora continua (p. 228). En una publicación, Martínez y Guajardo (2020) plantean la aplicación de la normativa ISO 31000:2018 que contempla la gestión del riesgo en las organizaciones y por consiguiente aplicado en los sistemas sanitarios, consideraron 4 dimensiones para su desarrollo: el análisis situacional, valoración del riesgo, tratamiento del riesgo y evaluación y seguimiento del riesgo (p. 19).

La primera dimensión contempla el análisis situacional, donde se realizan una serie de acciones y aclaran definiciones, adaptando el proceso de gestión de riesgos al contexto actual, realizando una mirada introspectiva y observación de la realidad en la cual se trabaja (Martinez y Guajardo, 2020, p. 20). Similarmente Pascarella et al., (2021) señala que en esta etapa la institución de salud debe identificar los riesgos potencialmente dañinos para el paciente, el personal involucrado en la atención directa y deficiencias del centro sanitario (p. 2898). De la misma forma para Pirami (2023) la organización en conjunto debe identificar la situación actual donde se desarrollan sus actividades, su contexto estratégico y las formas de gestionar el riesgo.

Los indicadores que nos ayudan a comprender la dimensión del análisis situacional están basados en el alcance, Parviainen et al., (2020) considera que es el área identificada para trabajar pudiendo abarcar toda la institución sanitaria o un área de atención específica, teniendo en cuenta los objetivos de la institución, expectativas del usuario interno y externo, servicios que oferta y riesgos que presenta (p. 7). Otro indicador es el contexto, para Copasi (2022) se debe realizar el análisis de la matriz FODA, para identificar situaciones de riesgo, teniendo en cuenta la visión, misión, valores, recursos, procesos, competitividad, mercado externo y la regulación de acuerdo con las normativas. También los criterios de

riesgo son un indicador a tener en cuenta, para Martínez y Guajardo (2020) son las bases donde se define cómo el resultado y riesgo va a ser medido, valorado y comparado, la organización debe tener claro que riesgo es importante tratar en un área de trabajo, proceso o resultado (p. 20).

La segunda dimensión que contempla ISO (2018) es la valoración del riesgo, y comprende en identificar el riesgo, realizando un análisis y su respectiva valoración, se debe realizar de forma sistemática, constante y participativa, teniendo en cuenta la experiencia, conocimientos y opiniones de las partes involucradas. Lo anterior se complementa con Martínez y Guajardo (2020) consideran que en esta fase se observan los riesgos presentes y potenciales de la institución de salud, se analizan para obtener un valor de cada uno de ellos y nos encaminan a tomar una decisión, “la evaluación conlleva a contrastar el nivel de riesgo y criterios de riesgo” (p. 25).

Están considerados tres indicadores que nos ayudan a comprender esta dimensión de valoración del riesgo, primero la identificación del riesgo, según Mora et al., (2019) permite a la institución de salud precisar los riesgos o puntos críticos que afectan a la organización, a pacientes y a profesionales que brindan los servicios impidiendo el logro de objetivos, busca anticiparse a cualquier riesgo e implementar prácticas seguras (p. 230). Para Strametz, (2017) es necesario tener información clara, apropiada y actualizada, a través de fuentes pasivas y activas como: sistemas de notificación, eventos adversos, accidentes de trabajo, libro de quejas, auditorias, encuestas de satisfacción, políticas sobre seguridad del paciente, método Delphi y análisis de escenario (p. 8).

Un segundo indicador está referido al análisis del riesgo, mencionado por Pascarella et al., (2021) desde el campo de la salud significa comprender el riesgo desde sus orígenes causas y fuentes, factores que inducen al error, probabilidad de su ocurrencia, así como el efecto sobre el paciente, personal e institución, realizando una jerarquización de riesgos clínicos en menores aceptables y mayores inaceptables, se puede utilizar como herramienta una matriz de riesgos para un mejor análisis (p. 2899). El último indicador está relacionado al valor asignado al riesgo, consiste en la contratación de los datos resultantes en el análisis del riesgo con los criterios de riesgo establecidos, los resultados se insertan en las matrices

de riesgo, se sociabilizan y validan para tomar acciones y decisiones con los encargados de los distintos niveles (Martínez y Guajardo, 2020, p. 26).

La tercera dimensión concierne al tratamiento del riesgo como lo menciona Parviaimen et al., (2020), tiene el fin de seleccionar e implementar alternativas para manejar situaciones de riesgo, tomando en cuenta las medidas acordadas, la naturaleza de sus implicancias en la organización, manejando el riesgo dentro de parámetros aceptables (p. 8). Coincidentemente, para Pirami (2023), se busca implantar estrategias eficaces en función de costos, recursos humanos, estructurales y planes de acción para incrementar los beneficios y disminuir las pérdidas. Así mismo para Hardjomidjojo et al., (2022), es importante elegir una opción de tratamiento idóneo para el problema encontrado, implementando posteriormente las medidas para una adecuada gestión del riesgo (p. 5).

Para su mejor estudio, Martínez y Guajardo (2020) mencionan la selección de estrategia como un indicador a tomar en cuenta para abordar el riesgo identificado, realizando un análisis entre los beneficios que se obtendrán en relación con los costos y esfuerzos. Deben ser seleccionados en base a los objetivos estratégicos, normativas, reglamentos y recursos disponibles (p. 26). Un segundo indicador según Pascarella et al., (2021) e Ispas et al., (2023) es la preparación e implementación, considerado como el momento donde se determina de manera clara el rol y el actuar de cada miembro del equipo de salud frente a la seguridad del paciente, se fomentan las buenas prácticas y se sociabilizan los planes de trabajo con sus objetivos, acciones e indicadores para su cumplimiento, también se asignan responsabilidades y plazos previstos para las actividades (pp. 2898, 10).

La cuarta dimensión es la evaluación de resultados, Pascarella et al., (2021) lo conceptualiza como el momento en que se busca comprobar si el procedimiento y/o plan puesto en marcha alcanzó el objetivo deseado (p. 2904). De forma similar ISO (2018) considera que en esta etapa se tiene que analizar los datos y valorar los resultados generados con el plan ejecutado valorando el efecto y cambio logrado.

Martínez y Guajardo (2020) consideran dos indicadores para la evaluación de resultados, el seguimiento busca incrementar la calidad de forma continua, realizando supervisiones periódicas y retroalimentación constante. Así mismo la valoración de resultados mide los indicadores establecidos para realizar un análisis

de los objetivos logrados e implementar de forma dinámica aquellos que no se han alcanzado dentro de un plan de mejora, creando una cultura en gestión de riesgos (p. 27). COSAPI (2022) “El seguimiento y la evaluación contiene diversas actividades que incluyen planificar, recopilar información, analizar y registrar datos y posterior realizar una retroalimentación”.

El sustento teórico para la variable cultura de cumplimiento en seguridad, tiene sus antecedentes cuando se lleva a cabo en el 2002 la Asamblea Mundial de la Salud, donde se promueve concentrar la atención al problema sobre seguridad del paciente durante el contacto hospitalario, así mismo con la formación de la alianza mundial para la seguridad del paciente en el 2004 buscan reforzar estrategias para no causar daño al paciente (p. 2). Para la OMS (2023) la cultura de seguridad del paciente es una serie de acciones y comportamientos en común del equipo sanitario apoyados en la tecnología y entornos seguros, disminuyendo el daño y recurrencia de error, reconociendo que el error puede producirse, siendo necesario tomar precauciones y el compromiso de mitigar proactivamente todo riesgo, trabajando en actividades de sensibilización donde el equipo de salud pueda informar los problemas presentados sin temor a ser criticado y sancionado.

La Organización Internacional de Normalización (2021) refiere que la cultura de cumplimiento en una organización es de vital importancia, considerándola como una serie de procedimientos y prácticas seguras que las instituciones y trabajadores siguen para la gestión del riesgo estableciendo medidas de control y prevención. De similar manera Schwonke et al. (2016) la cultura de seguridad debe tener el compromiso global de la organización, primero asumiendo cada trabajador su propia seguridad, seguido de compañeros y pacientes, convirtiéndose en una prioridad, donde se fomente su identificación y notificación ante un evento, promoviendo un aprendizaje constante en el equipo (p. 235).

Otros autores como Rocco y Garrido (2017) definen la cultura de seguridad como la forma común de actuar de todos los miembros de una organización en base a sus competencias, habilidades, valores y principios, con un modelo mental único respecto a la seguridad del paciente, posicionándolo como el objetivo seguir generando compromiso (p. 791). Para Strametz (2017) la cultura de seguridad relacionado a la gestión de riesgos clínicos en hospitales refiere que es la forma como se organiza la seguridad en el entorno de la atención al paciente, que refleja

las actitudes, conducta, habilidades, convicciones, percepciones liderado por la gerencia y el resto de los trabajadores con respecto a la seguridad de pacientes. Es posible desarrollar una cultura de seguridad y está dentro de un proceso dinámico de constante aprendizaje (p. 3). MINSA (2020) lo describe como un patrón integrado de comportamiento basado en creencias y valores, propone el uso de mejores prácticas para reducir daños (p. 3).

Oliveira et al. (2022), considera que la gestión de riesgo se desarrolla dentro de factores humanos y culturales como la cultura de seguridad, organizacional y de cuidado, los gestores de riesgo deben considerar estas aristas dentro de su valoración. Concordante con esta idea Gama (2013) menciona que la cultura de seguridad se construye por subculturas, como el trabajo en equipo, aprendizaje y comunicación, y otros factores laborales como horas/años de trabajo en la carrera y en la institución, un factor estructural favorable es ser un hospital pequeño contribuyen a una buena cultura por la facilidad de gestionar en estos espacios. Huayta (2021) de forma similar considera que la permanencia en un área de trabajo favorece la Cultura de Seguridad, permanecer en un servicio o unidad por años aumenta la cultura de seguridad.

Para la Joint Commission International (2021) y MINSA (2020) establecen dimensiones importantes a tener en cuenta en la cultura de seguridad del paciente como: el apoyo de la alta dirección, comunicación y procedimientos seguros.

La primera dimensión relacionado con el apoyo de la alta dirección, según Eutenier (2020) el logro de objetivos de un hospital requiere el compromiso y liderazgo visible de la dirección asumiendo el pleno control sobre los resultados del plan de gestión de riesgos, proporcionando los recursos financieros y humanos necesarios (p. 25). Para otros autores como Farías y Oliveira de Araujo (2017), los hospitales son organizaciones complejas que requieren gestión y apoyo de sus directivos, no basta en enfocarse en el tratamiento adecuado sino también en la asignación de recursos para su desarrollo (p. 1900).

Los indicadores que nos ayudan a tener una mejor comprensión de esta dimensión los menciona Fruhen et al., (2019) considera que el liderazgo gerencial, debe ser el papel principal del directorio, gestionando para que los procesos sean exitosos, guiándolos y motivándolos hacia un propósito y resultados esperados de la institución. Otro indicador es el compromiso, que puede ser observado en la

actitud de la gerencia respecto a los problemas y su resolución donde están involucrados el paciente y su seguridad, el compromiso gerencial tiene influencia en el rendimiento laboral y en crear entornos de compromiso y apego en toda la organización, los líderes experimentan múltiples niveles de compromiso con la seguridad y lo demuestran en su forma de actuar (p. 79). Por último la asignación de recursos es un punto clave para alcanzar las metas establecidas en un plan de prevención de riesgos, están referidos a los recursos de infraestructura, logística, personal y capacitación que serán necesarios para llevar a cabo e implementar un plan exitoso (Euteneier, 2020, p. 26)

La segunda dimensión es la comunicación efectiva, para la Joint Commission International (2021) es cuando en una interacción se comparte y entiende el mismo mensaje, llegando a la persona, en la forma y en el momento correcto. A nivel de la organización se da cuando hay una visión compartida y entendible en todos los niveles de lo que se quiere lograr. En una publicación (Panattieri et al., 2019) refieren que la comunicación eficaz es aquella que, durante el proceso de atención, se transmite entre los profesionales sobre el estado del paciente de forma “oportuna, precisa y dirigida a la persona correcta” (p. 284). Otra definición dada por Müller (2018) es la transmisión de la información sobre el estado y evolución del usuario de forma detallada e inequívoca, la implementación de un sistema claro de comunicación minimizará errores y mejora la atención en torno a la seguridad del Paciente (p. 5).

Existen dos indicadores que nos ayudan a medir una comunicación efectiva en el entorno de seguridad del paciente como lo menciona Panattieri et al., (2019), son los reportes del equipo de salud, consiste en la información que se transmite entre personal de salud sobre del estado del paciente, la evolución de su problema de salud, tratamiento actual y otras complicaciones potenciales, se pueden dar en cambios de turno y traslado de áreas (p. 285). Para Astier et al., (2021) otro indicador es la información al paciente y familia, es obligación del equipo de salud brindar una información adecuada durante el proceso de atención al paciente y familia, ayudando a comprender sobre su enfermedad, cuidados y riesgos (p. 11).

La tercera dimensión es la seguridad de los procesos clínicos, según la OMS (2021) se refiere a la sistematización e interconexión de todos los procesos con sustento en la evidencia científica actual y con la participación de profesionales que

tienen que ver con la atención y seguridad del paciente cuando acude a una institución sanitaria (p. 33). La atención segura sigue siendo un desafío para los sistemas de salud, por ello MacGillivray (2020) menciona que la atención sanitaria se realiza dentro de un sistema que utiliza procedimientos seguros para evaluar a los pacientes, disposición de un laboratorio e imágenes, con utilización de evidencia médica y un proceso para garantizar que el paciente responda al tratamiento de forma segura y sin riesgos (p. 194).

Los indicadores más importantes dentro de este proceso son: la Identificación del paciente para Panattieri et al., (2019), las fallas en la identificación se dan en todos los procesos de la atención prestada, por ello se debe utilizar métodos apropiados para asegurar la identificación correcta del paciente en la realización de algún procedimiento, rotulación de sus muestras y de su información personal (p. 280). Para Cabral de Sena y otros (2021) un indicador de atención segura es la caída de pacientes, y se da cuando el cuerpo del usuario cae de forma involuntaria al suelo, el ambiente hospitalario predispone al riesgo de caídas por los ambientes poco familiares, el estado de conciencia y orientación la persona hospitalizada, necesitando una estructura adecuada y practicas seguras para su prevención (p. 2). La OMS (2023) en el plan de acción mundial de seguridad, menciona la medicación segura como un eje importante, que implica administrar un medicamento, con dosis, preparación y vía correcta, los errores más frecuentes están relacionados con la prescripción, pedido, almacenamiento y administración.

En salud mental un indicador relevante es la fuga de paciente, según MINSA (2021) consiste en la salida del paciente del servicio de salud sin firmar su retiro voluntario o alta médica, sin autorización del médico tratante y personal a cargo, es un incidente de seguridad que debe reportado a la brevedad mediante el sistema de notificación de incidentes y efectos adversos. Según Oexle y Rüsck (2018) las conductas suicidas, son eventos que afectan la seguridad del paciente, que pueden dar como resultados la muerte o un daño permanente o temporal y ocurrido el hecho se procede a una investigación y notificación, su incidencia aumenta en las enfermedades psiquiátricas graves y enfermedades malignas (p. 780).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación:

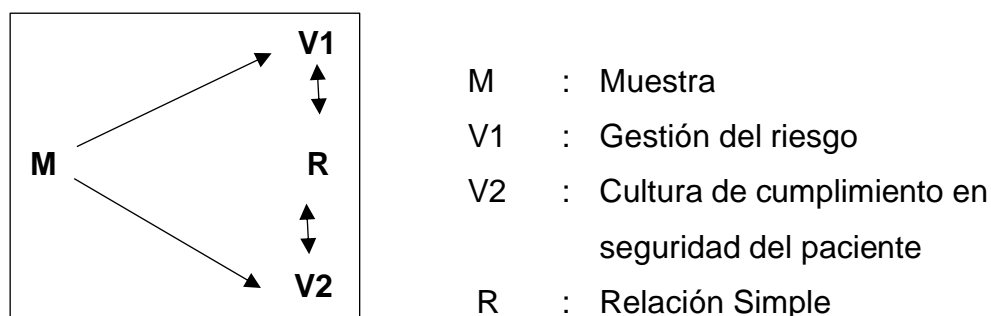
3.1.1 Tipo de investigación: Según Hernández y Mendoza (2018) y Gallardo (2017) el estudio fue de orientación básica porque buscó ampliar el campo de conocimientos y teorías de las variables gestión de riesgo y cultura de cumplimiento propuestas para esta investigación, respaldados por teorías para describir y explicar el comportamiento de cada variable. Conociendo la naturaleza del estudio el enfoque que se utilizó fue el cuantitativo porque los datos fueron medidos utilizando procesos estructurados y lógicos que prueban las hipótesis utilizando mediciones numéricas y estadísticas para definir el comportamiento de ambas variables.

3.1.2 Diseño de investigación: Tomando como referente a Carrasco (2019) se propuso un diseño no experimental porque las variables sólo fueron observadas dentro del contexto de la investigación sin modificarlas y de tipo correlacional simple transversal porque el estudio propuso averiguar la relación entre ambas con un sustento estadístico, para explicar el nivel de relación significativa y cómo y por qué se llevan a cabo estos sucesos en un momento dado.

El esquema que presentará el estudio será:

Gráfico 1.

Esquema del diseño de investigación



El método que se empleó fue el hipotético-deductivo, según Gamboa (2018), se siguió un razonamiento lógico y al formular la hipótesis se afirmó o negó los supuestos planteados en el estudio, que sirvieron de base para la conclusión final.

3.2 Variables y operacionalización

Las variables propuestas para la investigación fueron: Gestión de riesgo y cultura de cumplimiento las mismas que fueron analizadas de forma detallada en sus indicadores propuestos, (anexo 1).

Variable 1: Gestión de riesgo

- **Definición conceptual:** Martínez y Ruiz (2001), son las acciones que se realizan en conjunto a nivel micro y macro, que no necesariamente garantizan la ausencia de un incidente adverso, buscan agotar las posibilidades de ocurrencia, ayudando a la organización anticiparse de eventos no deseables (Pág. 8).
- **Definición operacional:** Tomando como referencia la normativa ISO 31000:2018, se medirá a través de 4 dimensiones: Análisis situacional, valoración del riesgo, tratamiento del riesgo, evaluación de resultados; todo ello presente en un cuestionario de 23 ítems que fueron aplicadas a enfermeras del hospital, medidos en una escala ordinal.

Variable 2: Cultura de cumplimiento en seguridad del paciente

- **Definición conceptual:** OMS (2023), es una serie de acciones y comportamientos en común del equipo de salud apoyados en la tecnología y entornos seguros, disminuyendo el daño y recurrencia de error que vulnera la seguridad del paciente.
- **Definición operacional:** De acuerdo con la recomendación de la Joint Commission International y MINSA, se midieron a través de 3 dimensiones: Apoyo de la alta dirección, comunicación efectiva, seguridad de los procesos clínicos, presentes en un cuestionario de 30 ítems que fueron aplicadas a enfermeras del hospital, medidos en una escala ordinal.

3.3 Población, muestra y muestreo

3.3.1 Población: Paniagua y Condori (2018) y Baena (2017) indican que las poblaciones están conformadas por varios componentes y comparten características en común; para efectos de este estudio, la población estuvo conformada por 80 enfermeras que trabajan en un hospital especializado en salud mental.

- **Criterios de Inclusión:** Licenciada(o)s de enfermería del área de hospitalización y emergencia de un hospital de salud mental con más de 6 meses de trabajo.
- **Criterios de exclusión:** Licenciada(o)s de enfermería que se encuentren de vacaciones, licenciada(o)s de enfermería con descanso médico.

3.3.2 Muestra: Para Ruiz y Valenzuela (2022) “La muestra es parte de la población que tiene los mismos rasgos de la población” (p, 58), para la obtención del tamaño de la muestra se utilizó una fórmula para población finita. (Anexo 7), obteniendo un tamaño de muestra de 61 enfermeras para el estudio.

3.3.3 Muestreo: El criterio de selección de esta investigación fue el muestreo no probabilístico por conveniencia. Es decir, no se empleó una fórmula estadística para la selección, por el contrario, los participantes fueron elegidos en función de los detalles del estudio.

3.3.4 Unidad de Análisis: Licenciada(o)s de enfermería que trabajan en el área de emergencia y hospitalización de un hospital de salud mental.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Ortiz (2016) refiere que la encuesta es una herramienta utilizada para recopilar datos de la investigación; el presente estudio utilizó como técnica la encuesta y recopiló información utilizando un cuestionario para cada variable, la recolección de datos fue de forma sistematizada, ordenada y secuencial. Los cuestionarios utilizados fueron de autoría propia, incluyeron enunciados, valorados en una escala Likert para que se categoricen las respuestas.

El cuestionario para la gestión del riesgo se conformó por 4 dimensiones basadas en la normativa ISO 31000:2018, constó de 23 preguntas, distribuidos de la siguiente manera, para la dimensión análisis situacional se consideraron 5 preguntas, para la dimensión evaluación del riesgo 6 preguntas, para la dimensión tratamiento del riesgo 8 preguntas y evaluación de resultados 4 preguntas (anexo 2). El rango utilizado para la valoración final fue la siguiente:

Tabla 1

Valores y rango asignado cuestionario gestión de riesgo

Valor asignado	Rango
Deficiente	23-54
Regular	55-84
Eficiente	85-115

El cuestionario para cultura de cumplimiento se tomó como referencia las dimensiones propuestas por la Joint Commission International (2021) y MINSA (2020), constó de 30 preguntas, distribuidas en 3 dimensiones, la primera se refiere al apoyo de la alta dirección con 10 preguntas, la segunda a la comunicación efectiva con 10 preguntas y la tercera referida a la seguridad de los procesos clínicos 14 preguntas (anexo 2). El rango para la valoración final fue la siguiente:

Tabla 2

Valores y rango asignado cuestionario seguridad del paciente

Valor asignado	Rango
Deficiente	30-68
Regular	69-109
Eficiente	110-150

Sánchez, Reyes y Mejía (2018) definen la validación como el proceso para determinar la pertinencia del instrumento y medir lo que el investigador busca. Los instrumentos propuestos fueron evaluados por 3 expertos (anexo 4) que se encargaron de revisar, analizar y validar el contenido planteado en función objetivos y operacionalización de la variable, luego fueron sometidos a la prueba estadística V de Aiken para determinar su validez estadística donde se obtuvo un $P > 0.8$ en todas las preguntas (anexo 9).

Para una mayor confiabilidad se aplicó una prueba piloto a 15 enfermeros y los resultados se analizaron utilizando el alfa de Cronbach, considerando un valor máximo de 1 y un valor mínimo de 0.66, donde se obtuvo una confiabilidad alta, $p > 0.9$ (anexo 8).

3.5 Procedimientos

La presente investigación inició con la gestión y obtención del permiso en la institución de salud mental, para dar un segundo paso en la recolección de datos en el campo hospitalario, garantizando el anonimato, confidencialidad y participación voluntaria durante todo el proceso, posterior a ellos se analizaron los datos a través del programa estadístico SPSS versión 29 y Excel.

3.6 Método de análisis de datos

3.6.1 Análisis descriptivo: Se presentó los datos en tablas de frecuencia, porcentaje y gráficos, los resultados se interpretaron en relación con los objetivos planteados. Hernández y Mendoza (2018) afirman que este tipo de análisis ofrece una base de conocimiento para utilizarse en estudios posteriores, su interpretación correcta genera nuevos conocimientos.

3.6.2 Análisis inferencial: Se utilizó el coeficiente Rho de Spearman para la prueba de hipótesis porque las variables no presentan una distribución normal (anexo 10); según Hernández y Mendoza (2018) estas herramientas ayudan en la evaluación sistemática y efectiva de una muestra de la población de estudio.

3.7 Aspectos éticos

En el presente estudio utilizó los principios bioéticos y lo normado por la universidad UCV respaldado en su guía para trabajos de investigación. Se solicitó los permisos a las autoridades del hospital de salud mental, para el inicio de recolección de datos, se respetó el principio de justicia reconociendo y citando a los autores de acuerdo con la normativa APA conservando los derechos de autoría. Se tomó en cuenta el principio de beneficencia porque el estudio buscó obtener información que ayude a mejorar la atención del usuario, además se respetó el principio de la no maleficencia ya que la información obtenida del personal de enfermería para el estudio se mantuvo de forma anónima y confidencial, utilizándose de forma responsable y profesional. Asimismo se respetó el principio de autonomía solicitando a los enfermeros su previo consentimiento de participación, recibiendo información detallada del estudio a investigar (Anexo 3).

IV. RESULTADOS

Los resultados que se muestran a continuación se realizaron en relación con los objetivos e hipótesis planteadas, obtenidos de la encuesta de estudio realizada a los enfermeros de un hospital de salud mental, produciendo los siguientes resultados descriptivos e inferenciales:

4.1 Resultados descriptivos

Tabla 3

Características generales del personal de enfermería

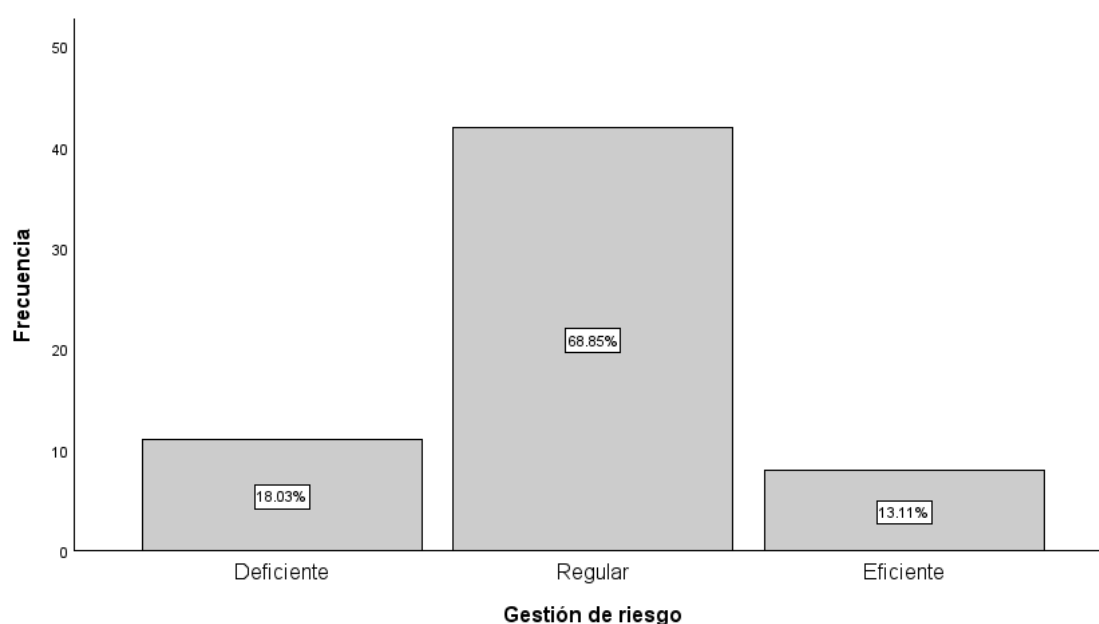
Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
20-30 años	2	3.3	3.3	3.3
31-39 años	12	19.7	19.7	23.0
40-49 años	21	34.4	34.4	57.4
50-59 años	13	21.3	21.3	78.7
60 a mas	13	21.3	21.3	100.0
Total	61	100.0	100.0	
Sexo				
Femenino	54	88.5	88.5	88.5
Masculino	7	11.5	11.5	100.0
Total	61	100.0	100.0	
Tiempo de servicio				
1-5 años	5	8.2	8.2	8.2
6-10 años	14	23.0	23.0	31.1
11 a más	42	68.9	68.9	100.0
Total	61	100.0	100.0	
Condición Laboral				
Nombrado	47	77.0	77.0	77.0
CAS	13	21.3	21.3	98.4
Tercero	1	1.6	1.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	
Especialidad				
Con especialidad	57	93.4	93.4	93.4
Sin especialidad	4	6.6	6.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Fuente: Datos de cuestionario gestión de riesgo y cultura de seguridad del paciente aplicado en el personal de enfermería.

Según la tabla N° 3, los datos de mayor relevancia que se observó en la población de estudio fue que el 55.7% tiene edades entre 40 y 59 años, con predominancia del sexo femenino en un 88.5%, en cuanto a su perfil laboral el 68.9% presta servicios durante más de 11 años, siendo nombrado el 77%, casi la totalidad de enfermeros cuenta con la especialidad en un 93.4%, por lo que se concluye que el hospital de salud mental cuenta mayoritariamente con personal de enfermería de condición laboral estable, especializada en cuidados de psiquiatría y con experiencia en el manejo de pacientes de salud mental.

Gráfico 2

Distribución de la gestión de riesgo en un hospital de salud mental 2023



Fuente: Datos de cuestionario gestión de riesgo y cultura de seguridad del paciente aplicado en el personal de enfermería.

Según el gráfico N° 1, se puede observar que el personal de enfermería consideró mayoritariamente la gestión de riesgo del hospital como regular en un 68.85%, seguida de deficiente en un 18.03%. Se infiere que el personal de enfermería percibe que hay dificultades dentro del hospital para reconocer, analizar, evaluar y manejar los riesgos en la atención del paciente con problemas de salud mental que expone su trabajo y al paciente a sufrir un evento adverso innecesario.

Tabla 4*Distribución de la gestión de riesgo por dimensiones*

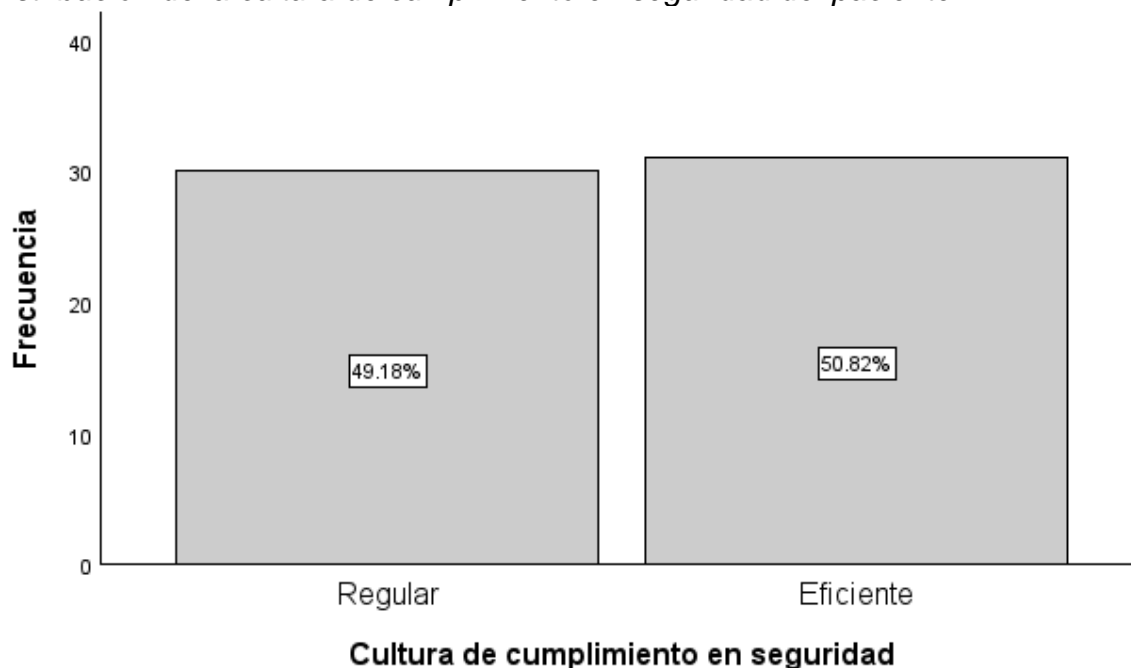
Análisis situacional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	4	6.6	6.6	6.6
Regular	22	36.1	36.1	42.6
Eficiente	35	57.4	57.4	100.0
Total	61	100.0	100.0	
Valoración del riesgo				
Deficiente	14	23.0	23.0	23.0
Regular	42	68.9	68.9	91.8
Eficiente	5	8.2	8.2	100.0
Total	61	100.0	100.0	
Tratamiento del riesgo				
Deficiente	12	19.7	19.7	19.7
Regular	38	62.3	62.3	82.0
Eficiente	11	18.0	18.0	100.0
Total	61	100.0	100.0	
Evaluación de resultados				
Deficiente	16	26.2	26.2	26.2
Regular	42	68.9	68.9	95.1
Eficiente	3	4.9	4.9	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Fuente: Datos de cuestionario gestión de riesgo y cultura de seguridad del paciente aplicado en el personal de enfermería.

Según el análisis de la tabla N° 4, por dimensiones de la variable gestión de riesgo el personal de enfermería consideró el análisis situacional como eficiente en un 57.4%, calificó de regular la valoración del riesgo en un 68.9%, tratamiento del riesgo en 62.3% y evaluación de resultados en 68.9%. La gestión de riesgo por dimensiones dentro del hospital de salud mental en general fue de manera regular lo que se atribuyó principalmente a dificultades para realizar la valoración del riesgo en cuanto a su identificación y análisis por áreas de trabajo, que impide se realice un adecuado abordaje, planteamiento e implementación de acciones para mitigarlo, finalmente la evaluación también se vio afectada porque no se tiene claro los indicadores a evaluar y realizar un seguimiento adecuado en el cumplimiento de objetivos.

Gráfico 3

Distribución de la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente



Fuente: Datos de cuestionario gestión de riesgo y cultura de seguridad del paciente aplicado en el personal de enfermería.

Se pudo interpretar según el gráfico N°3 que para la variable cultura de cumplimiento en seguridad del paciente los resultados son similares en regular y eficiente en 49.18% y 50.82% respectivamente. Estos resultados demostraron que alrededor de la mitad del personal de enfermería valoran la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente como poco eficiente para dar una adecuada atención, que puede estar influenciado por diversas dificultades como la falta de apoyo de los directivos, fallas en la comunicación entre profesionales, paciente y familiares y el manejo de procesos propios de la atención directa con el paciente.

Tabla 5*Distribución de la cultura de cumplimiento en seguridad por dimensiones*

Apoyo de la Dirección	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	22	36.1	36.1	36.1
Regular	34	55.7	55.7	91.8
Eficiente	5	8.2	8.2	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Comunicación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Deficiente	3	4.9	4.9	4.9
Regular	32	52.5	52.5	57.4
Eficiente	26	42.6	42.6	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Seguridad de los procesos clínicos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Regular	8	13.1	13.1	13.1
Eficiente	53	86.9	86.9	100.0
Total	61	100.0	100.0	

Fuente: Datos de cuestionario gestión de riesgo y cultura de seguridad del paciente aplicado en el personal de enfermería.

Según la tabla N° 5, los valores más resaltantes de las dimensiones de la variable cultura de cumplimiento en seguridad, el personal de enfermería consideró como regular la dimensión apoyo a la dirección con 55.7 % y Comunicación 52.5%, respecto a seguridad de los procesos clínicos fue considerado como eficiente en un 86.9%. Se observó que en la dimensión apoyo de la alta dirección que está relacionado con la forma que el director y equipo de gestión lideran, motivan, se comprometen y cumplen con los compromisos en el tema de seguridad fueron percibidos de una manera poco eficiente, en relación a la comunicación más de la mitad de profesionales la valoró regular, que puede estar relacionado con fallas en los reportes orales y escritos entre el equipo de salud, asimismo estas fallas pueden darse también a nivel de la familia y el paciente al no darle una adecuada información respecto a su salud, sin embargo la seguridad de los procesos demostraron eficiencia lo cual se debe a un adecuado manejo de los pacientes de psiquiatría mientras se encuentran hospitalizados, haciendo énfasis en realizar una

adecuada identificación y administración de tratamiento, así como una gestión adecuada del cuidado en relación a prevención de caídas, fuga y autolesiones.

4.2 Análisis inferencial

En este segmento por medio de los datos obtenidos se realizaron las pruebas de hipótesis para obtener conclusiones respecto al comportamiento de la variable gestión de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente, para lo cual se aplicó previamente la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov (anexo 10) y al no presentar los datos una distribución normal se utilizó el Coeficiente Rho de Spearman para hallar la correlación existente.

Tabla 6

Correlación de las variables gestión de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad

			Gestión de riesgo	Cultura de cumplimiento
Rho de Spearman	Gestión de riesgo	Coeficiente de correlación	1.000	.646**
		Sig. (bilateral)	.	.001
		N	61	61
Cultura de cumplimiento	Cultura de cumplimiento	Coeficiente de correlación	.646**	1.000
		Sig. (bilateral)	.001	.
		N	61	61

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

Fuente: Datos de cuestionario gestión de riesgo y cultura de seguridad del paciente aplicado en el personal de enfermería.

Hipótesis General

Ho: No existe relación entre la gestión del riesgo y la cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental 2023

Ha: Existe relación entre la gestión del riesgo y la cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental 2023

El análisis de correlación de las variables principales gestión de riesgo y cultura de cumplimiento el p-valor calculado es 0.001 significativo, por consiguiente, se desestimó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna que existe relación entre la gestión de riesgo y la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de salud mental, con un coeficiente Rho de Spearman 0.646 se estableció

un grado de relación positiva moderada entre ambas variables, lo que significa que manejar dentro del ámbito hospitalario una eficiente gestión de riesgo aplicando cada una de las etapas de manera eficiente contribuirá a mejorar la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente dentro del equipo de salud y la organización en conjunto, contribuyendo a mitigar todo evento adverso que afecte la seguridad del paciente en la atención.

Tabla 7

Correlación de la dimensión análisis situacional y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente

Correlación			Análisis situacional	Cultura de cumplimiento
Rho de Spearman	Análisis situacional	Coeficiente de correlación	1.000	.544**
		Sig. (bilateral)	.	.001
		N	61	61
	Cultura de cumplimiento	Coeficiente de correlación	.544**	1.000
		Sig. (bilateral)	.001	.
		N	61	61

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

Fuente: Datos de cuestionario gestión de riesgo y cultura de seguridad del paciente aplicado en el personal de enfermería.

Hipótesis Específica 1

H_{E0}: No existe relación entre la dimensión análisis situacional y la cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental 2023

H_{Ea}: Existe relación entre la dimensión análisis situacional y la cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental 2023

El análisis de correlación entre la dimensión análisis situacional y cultura de cumplimiento el p-valor calculado es 0.001 significativo, por lo tanto, se desestimó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna que existe relación significativa entre la dimensión análisis situacional y la cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental, con un coeficiente Rho de Spearman 0.544, y un grado de relación positiva moderada.

Lo que significa que el realizar un buen análisis situacional dentro del hospital identificando las áreas de trabajo de mayor exposición de riesgo, basados en la misión y visión compartida y estableciendo criterios en base los objetivos institucionales, contribuirá a seguir mejorando la cultura de cumplimiento en seguridad del personal que se verá reflejado en una atención segura y de bajo riesgo.

Tabla 8

Correlación de la dimensión valoración del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente

			Valoración del riesgo	Cultura de cumplimiento
Rho de Spearman	Valoración del riesgo	Coeficiente de correlación	1.000	.379**
		Sig. (bilateral)	.	.003
		N	61	61
	Cultura de cumplimiento	Coeficiente de correlación	.379**	1.000
		Sig. (bilateral)	.003	.
		N	61	61

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

Fuente: Datos de cuestionario gestión de riesgo y cultura de seguridad del paciente aplicado en el personal de enfermería.

Hipótesis Específica 2

H_{E0}: No existe relación entre la dimensión valoración del riesgo y la cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental 2023

H_{Ea}: Existe relación entre la dimensión valoración del riesgo y la cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental 2023

El análisis de correlación entre la dimensión valoración del riesgo y cultura de cumplimiento el p-valor calculado es 0.003 que es menor a 0.005, por lo tanto, se desestimó la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, que existe relación entre la entre la dimensión valoración del riesgo y la cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental, con un coeficiente Rho de Spearman 0.379, con un grado de relación positiva baja. Se observó que ambas variables a pesar de estar

relacionadas significativamente, el grado de relación es bajo, lo que significa que el no hacer una valoración de riesgo de forma proactiva y eficiente dentro de la institución no afecta directamente a la cultura de seguridad del paciente en los profesionales ya que pueden existir otros factores como la experiencia laboral, tiempo de servicio mayor de 11 años dentro de la institución, el crecimiento profesional, la especialización en alto porcentaje en el área, que pueden favorecer en brindar una atención segura.

Tabla 9

Correlación de la dimensión tratamiento del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente

			Tratamiento del riesgo	Cultura de cumplimiento
Rho de Spearman	Tratamiento del riesgo	Coeficiente de correlación	1.000	.651**
		Sig. (bilateral)	.	.001
		N	61	61
	Cultura de cumplimiento	Coeficiente de correlación	.651**	1.000
		Sig. (bilateral)	.001	.
		N	61	61

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

Fuente: Datos de cuestionario gestión de riesgo y cultura de seguridad del paciente aplicado en el personal de enfermería.

Hipótesis Específica 3

H_{E0}: No existe relación entre la dimensión tratamiento del riesgo y la cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental 2023

H_{Ea}: Existe relación entre la dimensión tratamiento del riesgo y la cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental 2023

El análisis de correlación entre la dimensión tratamiento del riesgo y cultura de cumplimiento el p-valor calculado fue <0.001, por consiguiente, se desestimó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna que existe relación entre la dimensión tratamiento del riesgo y la cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental, con un coeficiente Rho de Spearman 0,651, y un grado de relación directa moderada. La interpretación de estos resultados nos demostró

que es necesario realizar un adecuado tratamiento y manejo del riesgo, seleccionando estrategias viables para cada problema, los cuales deben estar dentro de un plan participativo de todo el equipo, fomentando políticas preventivas para contribuir con la cultura de seguridad del paciente lo cual se va a ver reflejado en la forma de abordar los eventos adversos potenciales del servicio.

Tabla 10

Correlación de la dimensión evaluación de resultados y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente

			Evaluación de resultados	Cultura de cumplimiento
Rho de Spearman	Evaluación de resultados	Coeficiente de correlación	1.000	.419**
		Sig. (bilateral)	.	.001
		N	61	61
	Cultura de cumplimiento	Coeficiente de correlación	.419**	1.000
		Sig. (bilateral)	.001	.
		N	61	61

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

Hipótesis Específica 4

H_{E0}: No existe relación entre la evaluación de resultados y la cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental 2023.

H_{Ea}: Existe relación entre la evaluación de resultados y la cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental 2023.

El análisis de correlación entre la dimensión evaluación de resultados y cultura de cumplimiento el p-valor es 0.001, por consiguiente, se aceptó la hipótesis alterna entendiendo que existe relación entre la dimensión evaluación del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad, con un coeficiente Rho de Spearman 0,419 y un grado de relación directa moderada. Se evidenció asociación de las variables de forma significativa y moderada, que implica que dentro de la gestión de riesgo es necesario realizar una buena evaluación de resultados del plan establecido, realizando un seguimiento y monitoreo permanente y con retroalimentación al equipo de manera que ayude a optimizar situaciones que pueden ser riesgosas, de esta forma también podría mejorar la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente dentro del equipo de enfermeras.

V. DISCUSIÓN

Habiendo presentado el análisis e interpretación de resultados, se contrastaron con estudios similares y teorías propuestas de acuerdo con los objetivos e hipótesis planteadas, se tuvo en cuenta el objetivo principal de determinar la relación entre la gestión del riesgo y la cultura de cumplimiento de seguridad en un hospital de Salud Mental, se identificaron en los resultados una relación significativa entre ambas variables con un p-valor de 0.001 y Rho de Spearman de 0.646 con una relación directa moderada alta, en los datos descriptivos consideraron la gestión de riesgo como regular en un 68.85% y deficiente en 18.03% y para la variable cultura de cumplimiento en seguridad la consideran regular en 49.18% y eficiente en 50.82%. En un estudio similar por Mosqueira (2020) al realizar una investigación en el área de emergencia la evaluación del riesgo fue considerado regular en 61,5% y la seguridad del paciente 53,8% como alto, encontrando relación significativa moderada entre ambas variables con un $P= 0,001$ y Rho de Spearman (0,624). En España Mora et al. (2019) en un estudio realizado encontró un riesgo muy alto en una institución de salud (54,7%), pero al aplicar acciones de mejora en los procesos de atención este riesgo disminuye en 20%, concluyendo que implementar una herramienta de identificación de riesgos tiene mucha utilidad para mejorar la seguridad en la atención del paciente, lo cual difiere con Peradejordi et al. (2023) que encontró una percepción de seguridad baja en 57.7%, y una mejor percepción de seguridad en el personal permanente, existiendo problemas en la notificación de incidentes, desconocimiento de procedimientos, dotación de personal y apoyo de los directivos. Por otro lado, Paredes N. (2023) encuentra una influencia significativa entre la variable gestión de riesgo y seguridad del paciente ($p=0.000$), por medio del R cuadrado de Cox y Snell es de 0.838 y Nagelkerke es de 0.839, demostraron que la gestión de riesgos influye en un 83.9% en la seguridad del paciente, en cuanto a la gestión de riesgo y seguridad del paciente es calificada como regular en un 58.6% y 100% respectivamente.

Los sistemas sanitarios son organizaciones con una alta complejidad, donde participan e interactúan diferentes profesionales con distintos grados de responsabilidad dentro de un mismo proceso y un paciente demandante de

atención segura y de calidad, que en conjunto generan circunstancias que al alinearse se producen errores y/o eventos adversos en la atención (Coronado, et al. 2017, p. 247), provocando daño al paciente en diferentes grados, situación que lleva a retrasar su recuperación y productividad, incrementan el tiempo de internamiento, y los costos directos e indirectos para su recuperación, siendo considerados un serio problema de la salud pública en todo el mundo (Panattieri, 2019, p. 279).

Por otro lado Shibh (2022,p. 52), considera necesario formar dentro del equipo de salud una cultura de seguridad positiva, mejorando la manera de pensar y hacer las cosas de forma compartida dentro del grupo para controlar y manejar adecuadamente los riesgos, para (Strametz , 2017, p. 3) hablar de cultura de seguridad en relación a la gestión de riesgos clínicos en hospitales, refiere que se debe organizar dentro de un contexto particular de cada área, que se verá reflejado en las actitudes, conducta, habilidades convicciones, percepciones liderado por la gerencia y el resto de trabajadores con respecto a la seguridad de pacientes. Se puede desarrollar una cultura de seguridad y está sujeto a un proceso de aprendizaje constante. La iniciativa de utilizar la gestión de riesgo en una organización conduce a crear una cultura de seguridad positiva, siendo necesario implementar un sistema de gestión de riesgo proactivo en las instituciones sanitarias que ayudarán a optimizar la cultura de seguridad del paciente en los profesionales y perpetrar las buenas prácticas dentro del equipo (Ayuso, 2021, p. 44).

Los resultados que se obtuvieron para el primer objetivo específico de establecer la relación de la dimensión análisis situacional y la cultura de cumplimiento de seguridad de un hospital de salud mental se evidencia una relación significativa con un p-valor de 0.001, el coeficiente Rho de Spearman 0.544, que indica una relación positiva moderada, siendo valorado esta dimensión por el personal de enfermería como eficiente en un 57.4% y regular 36.1%. Similar resultado obtiene Paredes N. (2023) en su estudio realizado en un centro quirúrgico encontró que la dimensión contexto situacional influye sobre la seguridad del paciente con un $P=0.005$, estableciendo una influencia moderada en un 26.9% sobre la seguridad del paciente, el 80.0% consideró el análisis del contexto situacional como regular.

Los resultados obtenidos son concordantes con lo que según Martínez y Guajardo (2020, p. 20) explican, sobre la importancia de esta primera etapa donde los ejecutivos del hospital deben tener claro las áreas de mayor riesgo y cuanto de ello puede ser abordado, definiendo inclusive al grupo ocupacional con el cual se trabajará, lo cual debe estar alineado con los objetivos institucionales, un adecuado análisis situacional al realizar una mirada introspectiva, detecta los servicios con dificultades y problemas directos que vulneran la seguridad del paciente . Para Pascarella et al., (2021, p. 2898) y Pirami (2023) señala que son la bases para un plan de gestión de riesgo exitoso, definir el contexto y el alcance, permite identificar los riesgos potencialmente dañinos para el paciente durante la atención brindada. Parviaimen et al., (2020) menciona que se puede realizar un análisis situacional de todo el hospital o un área de atención, teniendo en cuenta la demanda del usuario interno y externo y servicios que puede ofertar. (p. 7).

El segundo objetivo específico establece la relación de la dimensión valoración del riesgo y la cultura de cumplimiento de seguridad de un hospital de salud mental, se identificó que la dimensión valoración del riesgo de la variable gestión de riesgo tiene una relación directa positiva con la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente, con una significancia de 0.003 y un Rho de Spearman 0.379, afirmando con un 95% de confianza que existe un grado de relación baja entre ambas variables, siendo considerado la valoración del riesgo como regular 68.9% y deficiente 23.0%. Similar resultado encuentra Guerrero (2021) en un estudio realizado en una clínica privada, encontró una relación significativa con un $p= 0,008$ entre la dimensión análisis y evaluación del riesgo con cultura de seguridad del paciente, siendo positiva baja en 0.370, sin embargo, difiere para identificación del riesgo no encuentra relación significativa con un $p=0.509$. Paredes N. (2023) encuentra una influencia significativa de p-valor <0.05 en la dimensión identificación del riesgo y evaluación del riesgo, respecto a la influencia se encuentra 18% y 63.7% respectivamente sobre la seguridad del paciente en el centro quirúrgico.

ISO (2018) considera que se debe realizar una valoración sistemática, para poder identificar el riesgo, analizarlo y realizar su respectiva evaluación, siendo constante y participativa, considerando la experiencia, conocimientos y opiniones de las partes involucradas. Martínez y Guajardo (2020) considera que en esta fase

una adecuada identificación y análisis, encaminan al grupo a tomar una adecuada decisión para detectar que riesgo ocasionaría mayor daño (p. 25). Según Strametz (2017, p. 3) identificar el riesgo y analizarlo en relación con las causas, factores favorecedores, efectos en el paciente, equipo de trabajo y la organización, nos permite clasificarlos y priorizarlos. Identificar y valorar los riesgos dentro del ámbito laboral es una tarea esencial para evitar eventos indeseados, ayuda a formar una cultura de seguridad que es esencial para construir un sistema de salud seguro.

Oliveira et al. (2022) Considera que la gestión de riesgo se desarrolla dentro de factores humanos y culturales (cultura organizacional, cultura de cuidado, cultura del paciente), los gestores de riesgos deben considerar todos estos factores para conocer su influencia en la gestión riesgos. Concordante con esta idea Gama (2013) menciona que la cultura de seguridad se compone por subculturas que influyen positiva o negativamente como el trabajo en equipo, comunicación, aprendizaje y otros factores socio laborales como años de servicio, horas dedicadas al trabajo, como factor estructural los hospitales pequeños también contribuyen a una buena cultura y podría relacionarse a la menor dificultad de llegar al grupo en conjunto. Huayta (2021) de forma similar considera que la permanencia en un área de trabajo favorece la Cultura de Seguridad.

En cuanto al tercer objetivo, establecer la relación del tratamiento de riesgo y la cultura de cumplimiento de seguridad de un hospital de salud mental se encontró una relación estadísticamente significativa, con un grado de relación positiva moderada con un p-valor de 0.001 y Rho de Spearman 0,651, los enfermeros consideran esta dimensión como deficiente en 19.7% y regular 62.3%. Los resultados de Paredes N. (2023) muestran similitud con los encontrados en la presente investigación, concluyendo que la dimensión planificación estratégica influye en un 11.9% de forma moderada sobre la cultura de seguridad, califican la planificación estratégica como deficiente (95.7%) y el despliegue de actuación y respuestas (88,6%) como deficiente. Sin embargo, difieren de los resultados de Guerrero (2021) que no encuentra relación significativa $p= 0,215$ entre la dimensión planificación e implementación y la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería. En un estudio realizado en España por Mercader (2022) al implementar un sistema de gestión de la calidad en una unidad quirúrgica, refiere que la mayor parte de las acciones de mejora propuestas e implementadas,

lograron en su primer año de ejecución reducir del riesgo de forma significativa, obteniendo una media superior al 70% de efectividad.

Según Thibaut (2019, p.1) el fin de la seguridad del paciente es prevenir, evitar y reducir situaciones adversas del proceso de atención, manejando el riesgo dentro de la organización de manera adecuada y oportuna, según Oliveira (2022) el manejo del riesgo debe involucrar a todo el equipo que interviene en el proceso para que este se lleve a cabo manera efectiva, obteniendo experiencias, habilidades y conocimientos desde cada grupo profesional incorporando en la implementación y tratamiento del riesgo todos los puntos de vista, esta implementación es dinámica porque cambia en función del crecimiento de la organización o modificación de su contexto interno y externo, por lo tanto las medidas implementadas pueden cambiar teniendo en cuenta las experiencias del pasado, presente para proyectarse al futuro.

Para el último objetivo planteado sobre establecer la relación de la evaluación de resultados y la cultura de cumplimiento de seguridad de un hospital de salud mental, se encontró una relación estadísticamente significativa p valor-0.001 y un grado de relación positiva moderada, considerando esta dimensión sobre evaluación de resultados como regular en 68.9% y deficiente 26.2%. De la misma forma Paredes N. (2023) afirma que la implementación seguimiento y evaluación influyen moderadamente en la seguridad del paciente y consideran que se maneja de forma deficiente en un 100%, estos resultados difieren con Guerrero (2021) que encontró una significancia de $p=0.319$ en la dimensión seguimiento y revisión, concluyó que no existe relación significativa.

Para Shibh (2022, p. 52), una buena política en gestión de riesgos debe tener una herramienta para monitorear la cultura de seguridad del paciente. Según ISO normativa 31000:2018, aun cuando se diseñe e implemente cuidadosamente, existe la posibilidad de no obtener los resultados esperados en el área interesada u organización, tomando importancia el monitoreo y la revisión como componente integral del tratamiento de riesgos, de esta forma se garantiza que las acciones propuestas e implementadas sean efectivas. Mercader (2021, p. 31) señala que la revisión y evaluación por el ejecutivo de la organización sanitaria, es una herramienta clave porque nos permite evaluar y analizar el rendimiento del sistema y sirven de base para tomar las decisiones de mejora en el futuro.

VI. CONCLUSIONES

Primero: Se determinó una relación significativa entre las variables principales gestión de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad en un hospital de salud mental, donde se obtuvo un p-valor de 0.001, afirmando con un 99% de confianza que existe una relación positiva moderada entre ambas variables, así mismo consideraron la gestión de riesgo como regular y para la variable cultura de cumplimiento en seguridad del paciente como regular y eficiente, implica que un adecuado abordaje de la gestión del riesgo dentro del hospital de salud mental, mejoraría la cultura de cumplimiento de seguridad de paciente.

Segundo: Se estableció que la dimensión análisis situacional de la variable gestión de riesgo se relaciona significativamente con la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente, con un 99% de confianza se afirma que existe un grado de relación positiva moderada, considerado el análisis situacional como eficiente, seguido de regular, el realizar el análisis situacional teniendo en cuenta el contexto y alcance de la institución favorece la cultura de seguridad del paciente.

Tercero: Se estableció que la dimensión valoración del riesgo de la variable gestión de riesgo tiene una relación significativa con la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente, afirmando con un 99% de confianza que existe relación de nivel positivo bajo entre ambas variables, siendo considerado la valoración del riesgo como regular, seguido de deficiente. La realización de una buena valoración del riesgo contribuye a la cultura de cumplimiento de seguridad del paciente, considerando la experiencia y subculturas del personal para su realización.

Cuarto: Se estableció que la dimensión tratamiento del riesgo y la variable cultura de cumplimiento en seguridad, con un nivel de confianza de 99% tiene una relación significativa p-valor 0.001 y un grado de relación moderada, siendo valorado el tratamiento del riesgo como deficiente y regular. La implementación del tratamiento del riesgo mejora la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente.

Quinto: Se estableció que la dimensión evaluación de se encuentra relacionado con la cultura de cumplimiento en seguridad, con un 99% de confianza, afirmándose que existe una relación directa positiva moderada entre ambas variables, siendo considerada la evaluación de resultados como regular y deficiente, el mejorar la evaluación del riesgo contribuye a formar una buena cultura de seguridad

VII. RECOMENDACIONES

Primera: Se recomienda a los directivos y gestores del hospital de salud mental, elaborar un plan de gestión de riesgo con énfasis en los procesos y actividades donde están involucrados el personal de enfermería, tomando en cuenta sus inquietudes y problemática de forma consensuada, lo cual es necesario para seguir formando en ellos que pasan el mayor tiempo en el cuidado del paciente una cultura de seguridad eficiente, con prácticas seguras y de bajo riesgo.

Segunda: Se sugiere al equipo de gestores y jefes de servicio realizar un análisis situacional por áreas de servicio por su relación significativa y moderada con la cultura de seguridad del paciente, donde el personal de enfermería se sienta identificado con los riesgos que percibe en su rutina de trabajo, teniendo en cuenta el contexto, alcance, las fuentes primarias y secundarias lo cual ayudará a brindar una atención segura de acuerdo con las características de cada servicio.

Tercero: Se sugiere a los gestores, jefes y/o encargados, formen equipos de trabajo dentro del servicio para poder identificar, analizar y valorar el riesgo desde la labor diaria del enfermero, aun cuando los resultados muestran una relación significativa baja la teoría respalda su trascendencia en la cultura de seguridad del paciente.

Cuarto: Se sugiere para abordar la dimensión tratamiento del riesgo se realice una capacitación a través de talleres teórico práctico, así mismo un plan de capacitación continua para afianzar conocimientos y habilidades que contribuirán a perpetuar buenas prácticas y mejore la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente.

Quinto: Se recomienda a las jefaturas y gestores realizar supervisión y monitoreo constante del plan puesto en marcha, donde se realice una retroalimentación permanente con una cultura no punitiva que por el contrario genere aprendizaje y forme una sólida cultura de cumplimiento en seguridad, así mismo es necesario la difusión de resultados para el replanteamiento de acciones que garanticen a los pacientes de salud mental tener una atención segura como derecho.

REFERENCIAS

- Astier, M. P., Martínez, V., Torijano, M. L., Ares, S., Bueno, J. M., & Fernández, M. (2021). The Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Identifying actions for safer primary health care. *El sevier*, 53(1). Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002584>
- Ayuso, D. (2021). Gestión en crisis sanitarias. Obtenido de <https://www.proquest.com/docview/2792541250/bookReader?accountid=37408&ppg=56>
- Baena, G. (2017). *Metodología de la investigación*. Obtenido de http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/metodologia%20de%
- Benzaquen, J., Avolio, B., & Weston, J. (2022). Biosecurity in the workplace and a QMS during the COVID-19 pandemic: a survey for Peruvian goods companies. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 29(4). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36300648/>
- Cabral, A., Alvarez, A. M., Lopes, S. F., & Pinheiro, N. (2021). Nursing care related to fall prevention among hospitalized elderly people: an integrative review. *Revista brasileira de enfermagem*, 74(2). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34231780/>
- Carrasco, S. (2019). *Diseño de investigación*. San Marcos: Api.
- Coronado, V., García, A., López, S., & Turón, J. M. (2017). Nursing involvement in risk and patient safety management in Primary Care. *Enfermería clínica*, 27(4). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28629705/>
- Cortés, E. G. (2016). Recursos psicológicos para optimizar la formación y la resiliencia en la gestión del riesgo de desastres. *PsiqueMag*, 5(1). Obtenido de <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/145>
- Cosapi. (26 de diciembre 2022). *Manual de gestión integral de riesgos*. Obtenido de <https://www.cosapi.com.pe/Site/Index.aspx?alD=2531>
- Cruz, A. J., Otin, J. M., Mir, R., Miñanbres, A., Grimal, I., & De la Puente, M. L. (2018). Patient safety in psychiatric hospitalization - What incidents are reported and managed. *Journal Healthcare Quality Reserch*, 33(5). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30337130/>
- Cruz, A., Medina, I., & Avila, M. (2020). Relaciones entre la gestión del riesgo y el proceso de atención de enfermería para su integración práctica. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2). Obtenido de <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3208/597>
- Euteneier, A. (2020). Culture of safety and clinical risk management. *Der Unfallchirurg*, 123(1). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31728555/>

- Farias, D. C., & Oliveira, F. (2017). Hospital management in Brazil: a review of the literature with a view to enhance administrative practices in hospitals. *Cien Saude Colet*, 22(6). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28614509/>
- Fruhen, L. S., Griffin, M. A., & Andrei, D. M. (2019). What does safety commitment mean to leaders? A multi-method investigation. *Journal of safety research*, (68). Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022437518303190?via%3Dihub>
- Gallardo, E. (2017). *Metodología de la Investigación: manual autoformativo interactivo*. Lima. Obtenido de <https://hdl.handle.net/20.500.12394/4278>
- Gama, Z., Oliverira, A., & Hernández, P. (2013). Cultura de seguridad del paciente y factores asociados en una red de hospitales públicos. *Caderno de saúde pública*, 29(2). Obtenido de <https://www.mendeley.com/catalogue/79510188-0474-3834-9cd0-9a036c0c9453/>
- Gamboa, M. (2018). *Estadística aplicada a la investigación educativa*. Obtenido de <https://dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/427>
- García, K. J., & Leal, S. M. (2022). Plan de gestión del riesgo para un servicio farmacéutico de alta complejidad mediante la armonización de la norma ISO 31000 del 2018 y la resolución 1403 del 2007. *Signos*, 14(2). Obtenido de <https://www.proquest.com/docview/2697451770/58E92BD2E7AC443APQ/1?accountid=37408>
- Guerrero, Y. A. (2021). Cultura de seguridad del paciente y gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una clínica privada - Lima (Tesis de maestría). Obtenido de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/68253>
- Hardjomidjojo, H., Pranata, C., & Baigorria, G. (2022). Rapid assessment model on risk management based on ISO 31000:2018. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 1063(1). Obtenido de <https://www.proquest.com/scholarly-journals/rapid-assessment-model-on-risk-management-based/docview/2699155068/se-2?accountid=37408>
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Obtenido de <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
- International Organization for Standardization. (2018). *ISO 31000:2018 Risk management — Guidelines*. Obtenido de <https://www.iso.org/obp/ui#iso:std:iso:31000:ed-2:v1:es>

- International Organization Standardización. (2021). *ISO 37301:2021 compliance management systems*. Obtenido de <https://www.iso.org/standard/75080.html>
- Ispas, L., Mironeasa, C., & Silvestri, A. (2023). Risk-based approach in the implementation of integrated management systems: A systematic literature review. *Sustainability*, 15(13). Obtenido de <https://www.proquest.com/docview/2836511478/fulltextPDF/402B3BC5DE134668PQ/11?accountid=37408>
- Joint Commission Internatinal. (2021). *Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International* (7ma ed.). Obtenido de <https://www.scribd.com/document/598881743/Estándares-JCI-Hospitales-7%C2%AA-Edicio-n-Espan-ol>
- Kubra, G. (2019). The Relationship Between Risk Management and Patient Safety Incidents in Acute Hospitals in NHS England. *Industrial Engineering in the Big Data Era*. Obtenido de https://doi.org/10.1007/978-3-030-03317-0_38
- Laura, F. P., y Astete , P. (2021). *Gestión de seguridad del paciente y calidad del cuidado en profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima - 2019*(Tesis de maestría). Obtenido de <https://repositorio.unac.edu.pe>
- MacGillivray, T. E. (2020). Advancing the Culture of Patient Safety and Quality Improvement. *Methodist DeBakey cardiovascular journal*, 16(3). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33133354/>
- Madrid, A., & Hernández, A. (2022). Quality of care and patient safety, key elements of health care. *Anales de Pediatría*, 97(4). Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403322001837>
- Martinez, F. J., & Ruiz, J. M. (2001). *Manual de gestión de riesgos sanitarios*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Martinez, P., & Guajardo, H. (2020). Metodología de la gestión de riesgos según normas ISO 31000:2018. *Revista chilena de seguridad del paciente*, 3(1). Obtenido de <https://www.fspchile.cl/index.php/revista/issue/archive>
- Mella, M., Gea, M. T., Ramos, G. M., Compañ , A. F., Morales, M., & Aranaz, J. M. (2019). Creation and validation of a new in-house synthetic scale to measure patient safety culture. *Journal of Healthcare Quality Research.*, 34(1). Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647919300028?via%3Dihub>
- Mercader, M., Miralles, J., Perez, A., Nolasco, V., Antón, M. A., & Miras, M. M. (2022). Resultado de la implementación de un sistema de gestión de la calidad en base a la Norma ISO 9001:2015 en una unidad de cuidados intensivos quirúrgica. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*,

70(1). Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-resultado-implementacion-un-sistema-gestion-S0034935621002887>

Ministerio de salud. (2020). *Directiva Sanitaria N°92 de rondas de seguridad del paciente para la gestión del riesgo en la atención en salud*. Obtenido de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/466165-163-2020-minsa>

Ministerio de Salud. (enero de 2020). *Información Pública*. Obtenido de <https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=301>

Ministerio de Salud. (2021). Directiva administrativa N° 001-INSNB-SB/UAD-2021. *"Prevención y actuación ante fuga de pacientes en el Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja"*. Obtenido de [www.insnsb.gob.pe › docs-trans › resoluciones](http://www.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones)

Ministerio de salud y protección social de Colombia. (2014). Estrategia de gestión de riesgo asociado a problemas, trastornos y eventos adversos de salud mental, propuesta Conceptual, Metodológica y Operativa. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-gestion-riesgo-asociado.pdf?ID=11956>

Ministerio de salud y protección Social de Colombia. (2022). Seguridad del paciente. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/seguridad-del-paciente.aspx>

Minsiterio de Salud. (2022). Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" Documento Técnico plan de trabajo de la seguridad del paciente del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa". Obtenido de https://www.hejcu.gob.pe/PortalTransparencia/Archivos/Contenido/2022/RD_22/RD_N074-PLAN_DE_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE_DEL_HEJCU_2022.pdf

Mora, A., Díaz, A., Ignacio, C., Vasquez, P., & Marañón, R. (2022). Impact of risk mapping as a strategy for monitoring and improving patient safety in paediatric emergency care. *Anales de pediatría*, 97(4). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36089491/>

Mosqueira , R. P. (2020). Evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencia de una IPRESS de Cajamarca(Tesis de maestría). Obtenido de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/49646>

Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E., & Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ open*, 8(8). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30139905/>

- Oexle, N., & Rüsck, N. (2018). Stigma - risk factor and consequence of suicidal behavior : Implications for suicide prevention. *Nervenarzt*, 89(7). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29147725/>
- Oliveira, A. M., Galvao, T. F., Silva, M. T., & Lopes, L. C. (2022). Analysis of relationship of psychosocial factors with patient safety culture in a Brazilian hospital: Study with structural equation modeling analysis. 38(2). Obtenido de <https://www.clinicalkey.es/#!/content/journal/1-s2.0-S260364792200063X>
- Organización Mundial de la Salud. (11 de Setiembre de 2023). *Seguridad del paciente*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Ortiz, F. (2016). *Diccionario de Metodología de la Investigación Científica*. México: Editorial Limusa.
- Panattieri, N. D., Dackiewicz, N., Arpi, L., Godio, C., Andi3n, E., Negrette, C., . . . Jorro, F. (2019). Patient safety and the international goals: Consensus document. *Arch Argent Pediatr*, 117(6). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31758897/>
- Paniagua, F. y Condori, P. (2018). *Investigaci3n cient3fica en educaci3n*. Obtenido de <https://www.aacademica.org/cporfirio/5.pdf>
- Paredes, M. J. (2023). *Gesti3n del cuidado de enfermer3a y cultura de seguridad del paciente en un hospital de Lima, nivel I, 2022(Tesis maestr3a)*. Obtenido de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/106047>
- Paredes, N. (2023). *Influencia de la gesti3n de riesgos en la seguridad del paciente de cirug3a en el Hospital III-1 Lima, 2022(Tesis maestr3a)*. Obtenido de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/115280>
- Parviainen, T., Goerlandt, F., Helle, I., Hapaasaari, P., & Sakari, K. (2021). Implementing Bayesian networks for ISO 31000:2018-based maritime oil spill risk management: State-of-art, implementation benefits and challenges, and future research directions. *Journal of environmental management*, 278(1). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33166738/>
- Pascarella, G., Rossi, M., Montella, E., Cappaso, A., De Feo, G., Botti, G., . . . Morabito, A. (2021). Risk Analysis in Healthcare Organizations: Methodological Framework and Critical Variables. *Risk Manag Healthc Policy*, (14). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34267567/>
- Peradejordi, R. M., & Valls, J. (Julio de 2023). Perception of the safety culture in a critical area. *Enfermer3a Intensiva*, 34(3). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37246107/>

- Pirami Academy. (s.f.). *Guía para implementar un sistema en gestión de riesgo según iso 31000*. Recuperado el 16 de 10 de 2023, de <https://www.piranirisk.com/es/academia/especiales/guia-del-sistema-de-gestion-de-riesgos-iso-31000>
- Reynaldo Padilla, D. M. (2020). *Dirección estratégica en la seguridad del paciente en un hospital de Lima, 2019(Tesis doctorado)*. Obtenido de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/44911>
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Clínica Médica Las Condes*, 28(5). Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>
- Sánchez, H., Reyes, C. y Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Obtenido de <https://www.urp.edu.pe/pdf/id/13350/n/libro-manual-de-terminos-en-investigacion.pdf>
- Santiago, N., Morales, D. A., Ibarra, M. E., & Lopez, E. A. (2019). Cultura de seguridad del paciente en un hospital de alta especialidad. *Revista de Enfermería Neurológica*, 18(3). Obtenido de <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/es/biblio-1117853>
- Santisteban, N. C. (2023). Risk assessment and improvement of biological and radiological safety in taking chest X-rays in patients with COVID-19. *Journal of Healthcare Quality Research*, 38(4). Obtenido de <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85149931328&doi=10.1016%2fj.jhqr.2023.02.001&partnerID=40&md5=399582a45231810cd640124b4967e1a8>
- Schwonke, C. R., Filho, W. D., Lunardi, G., da Silveira, R., & Rodrigues, M. C. (2016). Safety culture: The perception of intensivists nurses. *Enfermería Global*, 15(1). Obtenido de <https://www.proquest.com/docview/1773938361/1C83EB564E814538PQ/8?accountid=37408>
- Segura, M. T., Castro, M. A., García, M., Cortés, A. E., & López, M. M. (2023). Patient Safety Culture in a Tertiary Hospital: A Cross-Sectional Study. *International journal of environmental research and public health*, 20(3). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36767694/>
- Shih, C., Buchet-Poyau, K., Kerié-Gascou, M., Quenon, J. L., Michel, P., Touzet, S., & Chanelière, M. (2022). Culture de sécurité des professionnels de santé en soins primaires : adaptation en langue française du questionnaire MOSPSC (« Medical Office Survey on Patient Safety Culture »). *Revue d'épidémiologie et de sante publique*, 70(2). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35361493/>

- Strametz, R. (2017). *Requiriment on clinical, risk management systems in hospitlas*. (E. m. group, Ed.) Germany. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/315698763_Requirements_on_Clinical_Risk_Management_Systems_in_Hospitals
- Suárez, M. A. (2022). Cultura de seguridad y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021(Tesis maestría). Obtenido de <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/77924>
- The Joint Commission International. (s.f.). *International Patient Safety Goals*. Recuperado el 01 de octubre de 2023, de <https://www.jointcommissioninternational.org/improve/international-patient-safety-goals/>.
- Thibaut, B., Dewa, L. H., Ramtale, S. C., D'Lima, D., Adam, S., Ashrafian, H., . . . Archer, S. (2019). Patient safety in inpatient mental health settings: a systematic review. *BMJ open*, 9(12). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31874869/>
- Valencia, M. L. J., Alvarado, A. L. A., Arciniegas, C. N. M., Galán, A. V. L., Jiménez, V. A. M., y García, C. I. P. (Abril de 2021). Correlación del grado de percepción y cultura de seguridad del paciente en una Institución de tercer nivel 2015-2019. *Revista Cuidarte*, 12(1). Obtenido de <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1092/2119>
- Valero, N. (2020). La bioseguridad y la persona de salud: a propósito de la pandemia de Covid-19. *Enfermería Investiga*, 5(3). Obtenido de <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/901>
- Weaver, S. J., Lumboksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5 Pt 2). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23460092/>
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. WHO. Obtenido de https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/global-patient-safety-action-plan-2021-2030_third-draft_january_2021_web.pdf?sfvrsn=948f15d5_17

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de la variable

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	NIVEL Y RANGO DE LA VARIABLE
Gestión de riesgo	La gestión de riesgos en el sistema de salud son las acciones que se realizan en conjunto a nivel micro y macro, que no necesariamente garantizan la ausencia de un incidente adverso, buscando agotar las posibilidades de ocurrencia, ayudando a la organización anticiparse de eventos no deseables. Martínez y Ruiz (2001)	La gestión de riesgo se midió en 4 dimensiones: Análisis situacional, valoración del riesgo, tratamiento del riesgo, evaluación de resultados; todo ello presente en un cuestionario de 23 ítems que serán aplicadas a enfermeras de un hospital.	Análisis Situacional	Alcance Contexto Criterios de riesgo	1,2 3,4 5	Escala Ordinal de tipo Likert Nunca=1 Casi nunca=2 A veces=3 Casi Siempre=4 Siempre=5	Deficiente 23-54 Regular 55-84 Eficiente 85-115
			Valoración del riesgo	Identificación del riesgo Análisis del riesgo Valor del riesgo	6,7 8,9 10,11		
			Tratamiento del riesgo	Selección de estrategias Preparación e implementación	12,13 14,15,16 17,18,19		
			Evaluación de resultados	Seguimiento Valoración de resultados	20,21 22,23		
Cultura de cumplimiento en seguridad	OMS (2023) la cultura de seguridad del paciente es una serie de acciones y comportamientos en común del equipo de salud apoyados en la tecnología y entornos seguros, disminuyendo el daño y recurrencia de error que vulnera la seguridad del paciente.	Se operacionalizó a través de 3 dimensiones: Apoyo de la alta dirección, comunicación efectiva, seguridad de los procesos clínicos presentes en un cuestionario de 30 ítems que serán aplicadas a enfermeras del hospital.	Apoyo de la alta dirección	Liderazgo gerencial Compromiso Asignación de recursos	1,2,3 4,5 6,7,8,9,10	Escala Ordinal de tipo Likert Nunca=1 Casi nunca=2 A veces=3 Casi Siempre=4 Siempre=5	Deficiente 30-68 Regular 69-109 Eficiente 110-150
			Comunicación efectiva	Reportes entre el equipo de salud Información a paciente y familia	11,12,13,16 14, 15		
			Seguridad de los procesos clínicos	Identificación del paciente Medicación segura Caída del paciente Fuga de Paciente Prevención de conductas Autolesivas	17,18,19 20,21,22,23 24,25 26, 27, 28 29,30		

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos

CUESTIONARIO PARA MEDIR LA VARIABLE GESTIÓN DEL RIESGO Y CULTURA DE CUMPLIMIENTO EN SEGURIDAD DEL PACIENTE

Estimada(o) colega, el presente instrumento tiene como fin conocer la gestión de riesgo y la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente, la información obtenida se guardará de manera confidencial. Agradeciéndole atentamente su colaboración.

1. Datos Sociodemográficos:

- Edad: 20-30 () 31-39 () 40-49 () 50-59 () 60 a más()
- Condición Laboral: Nombrado() CAS() Terceros ()
- Tiempo de servicio: 1-5 años() 6-10 años() 11 a más años()
- Especialidad en salud mental: Si() No ()
- Sexo: F () M ()

2. Sus respuestas marcadas con un (X) tienen la siguiente escala de valoración:

Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
N	CN	AV	CS	S
1	2	3	4	5

3. Primera parte: Gestión de riesgo

N°	Ítems	N	CN	AV	CS	S
		1	2	3	4	5
	Dimensión 1 Análisis Situacional					
	Indicador 1: Alcance					
1	El hospital a identificado áreas específicas y/o servicios con problemas, para implantar un plan de gestión de riesgo.					
2	El hospital tiene identificado e implementado el proceso de gestión de riesgo a nivel hospitalario en caso de desastres.					
	Indicador 2: Contexto					
3	El hospital cuenta con un plan estratégico basado en la misión y visión teniendo en cuenta la gestión de riesgos.					
4	Existe una unidad de gestión de riesgo responsable y dinámica para coordinar las acciones de seguridad del paciente.					
	Indicador 3: Criterios de riesgo					
5	El hospital tiene establecidos indicadores para medir riesgos según los objetivos institucionales.					
	Dimensión 2 Valoración del riesgo					
	Indicador1: Identificación del riesgo					
6	El hospital ha realizado un mapeo de riesgos por servicios para su identificación y posterior tratamiento					
7	Se utilizan fuentes pasivas y activas para identificar los riesgos como libro de quejas, encuestas de satisfacción, auditorías, expediente clínico, sistemas de notificación, actas de reunión del servicio, accidentes de trabajo.					
	Indicador2: Análisis del riesgo					

8	Se utilizan métodos de análisis cualitativo para determinar las causas del riesgo y sus efectos utilizando el método Delphi, análisis de diagrama de Ishikawa, análisis de escenarios, mapa de riesgos y lluvia de ideas.					
9	Se utilizan métodos de análisis cuantitativo para determinar las causas del riesgo y sus efectos utilizando histogramas, estratificación del riesgo o diagramas de Pareto.					
Indicación 3: Valoración del riesgo						
10	Se realiza la valoración del riesgo utilizando una matriz de priorización en base a criterios de gravedad, frecuencia y nivel de riesgo					
11	El hospital realiza la valoración en función del impacto económico, manejo del riesgo y beneficios.					
Dimensión 3 Tratamiento del riesgo						
Indicador 1 Selección de estrategias						
12	Se planifican acciones de acuerdo con los resultados de la matriz de riesgo y los objetivos de la institución.					
13	Se ha establecido protocolos de seguridad ante situaciones de emergencia o eventos de difícil prevención que requieran un abordaje inmediato.					
Indicador 2 Preparación e implementación						
14	Se comunica al equipo de salud los riesgos identificados y la política preventiva en su área de trabajo y en todo el hospital.					
15	Se promueven actividades de sensibilización para la gestión eficaz del riesgo elaborando afiches, banners, videos y trípticos.					
16	Se realizan capacitaciones pertinentes sobre gestión de riesgo y seguridad del paciente.					
17	Se ha presentado un plan de acción para mitigar los riesgos identificados en el área de trabajo, sociabilizando el cronograma, indicadores y recursos.					
18	Se promueven prácticas seguras con el cumplimiento de protocolos actualizados.					
19	Se incentiva una cultura de notificación de eventos adversos para su abordaje preventivo.					
Dimensión 4 evaluación						
Indicador 1 Seguimiento						
20	Se realizan rondas de seguridad mensual para la identificación de riesgo utilizando listas de cotejo.					
21	Se realiza monitoreo permanente para la verificación del cumplimiento de las actividades del plan de gestión de riesgo.					
Indicador 2 Valoración de resultados						
22	Se realiza la valoración de resultados y son comunicados a todo el personal involucrado en la atención (jefes, profesionales y técnicos)					
23	Se implementa con rapidez un nuevo plan de riesgo en base a los resultados que no se alcanzaron.					

4. Segunda parte: Cultura de cumplimiento en seguridad del paciente

N°	Ítem	N	CN	AV	CS	S
		1	2	3	4	5
Dimensión 1 Apoyo de la alta dirección						
Indicador 1 Liderazgo gerencial						
1	El director y el equipo de gestión del hospital estimulan y motivan frecuentemente al equipo de salud para un buen desempeño en seguridad del paciente.					

2	El director y el equipo de gestión fomentan soluciones través de reuniones consensuadas considerando el aporte del personal asistencial.					
3	El director y el equipo de gestión forman comisiones de trabajo en cada servicio en torno a la seguridad del paciente.					
	Indicador 2 Compromiso					
4	El director y equipo de gestión toman acciones inmediatas para solucionar problemas de seguridad que han sido comunicados por el personal.					
5	Las acciones y actitudes del equipo de gestión muestran que la seguridad del paciente es una prioridad del hospital.					
	Indicador 3 Asignación de recursos					
6	Se cuenta con personal suficiente para poder realizar el trabajo sin que se vulnere la seguridad del paciente.					
7	Existe una asignación adecuada de personal para hacer frente a los riesgos potenciales (Agitación psicomotriz, conducta autolesiva o riesgo de fuga).					
8	Existe un sistema eficaz en caso de ausentismo de personal para garantizar el correcto funcionamiento del servicio.					
9	La gestión del hospital proporciona recursos en los servicios para mejorar la seguridad del paciente.					
10	El hospital cuenta con ambientes seguros e implementados para pacientes con riesgo potencial.					
	Dimensión 2 Comunicación efectiva					
	Indicador 1 Reportes entre el equipo de salud					
11	Durante el traslado de un paciente a otro servicio, se brinda información completa sobre su estado de salud.					
12	Durante los reportes por cambio de turno se brinda información completa sobre cuidados, conductas observadas y procesos pendientes.					
13	Las coordinaciones con otros servicios de apoyo (nutrición, farmacia, laboratorio, SIS, REFCON) se gestionan y resuelven durante el turno					
14	El registro de atención en historia clínica se realiza cumpliendo el SOAPIE como medio de comunicación escrita entre profesionales.					
	Indicador 2 Información a paciente y familia					
15	El personal de salud brinda información oportuna y clara durante el periodo de hospitalización a familia y paciente sobre el estado de salud, evolución, pronóstico de la enfermedad.					
16	Durante el ingreso la familia y paciente reciben orientación clara sobre normas del servicio, médico tratante, horarios y trámites a realizar.					
	Dimensión 3: Seguridad de los procesos clínicos					
	Indicador1 Identificación del paciente					
17	El paciente desde su ingreso cuenta identificación correcta y completa corroborada con el DNI, historia clínica y familiar.					
18	La unidad del paciente cuenta con un cartel visible con la información del paciente.					
19	Es de rutina realizar doble verificación de datos de antes de realizar cualquier procedimiento.					
	Indicador 2 Medicación segura					
20	El profesional de enfermería utiliza los 10 correctos antes de administrar el tratamiento.					
21	Existe correspondencia entre las indicaciones médicas y el Kardex.					

22	Los medicamentos dispensados se encuentran almacenados fuera del alcance de los pacientes.					
23	El coche de paro cuenta con medicamentos según normativa actual, en caso de emergencia.					
	Indicador 3 Caída del paciente					
24	Existe un protocolo sobre prevención de caídas, sociabilizado entre todo el personal.					
25	Se realiza la identificación de pacientes con riesgo de caída, en situaciones de deterioro funcional, desorientación y sedación para el monitoreo y uso de medidas preventivas.					
	Indicador 4 Fuga de pacientes					
26	Se cuenta con un protocolo efectivo de identificación durante la entrada y salida al servicio de hospitalización					
27	Se cuenta con un protocolo institucional sociabilizado en caso de fuga del paciente.					
28	Se encuentra registrado en el expediente clínico y Kardex el riesgo de fuga o conducta autolesiva de un paciente.					
	Indicador 5 Prevención de conductas autolesivas					
29	El Paciente con riesgo autolesivo se ubica en una unidad de mayor vigilancia					
30	Al ser identificado un paciente con riesgo autolesivo se procede al monitoreo, evaluación y tratamiento permanente.					

Anexo 3. Consentimiento Informado

” Gestión del riesgo y la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023”

Investigadora: Calisaya Rodriguez, Elena Cecilia

La(o) invitamos a participar en la investigación titulada “Gestión del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023”, cuyo objetivo es determinar la relación entre la gestión de riesgo y la cultura de cumplimiento en seguridad del paciente. Esta investigación es desarrollada por una estudiante posgrado, del programa de maestría en gestión de los servicios de salud, de la Universidad César Vallejo del campus Lima-Norte, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad.

El presente estudio permitirá conocer la seguridad del paciente percibido por el personal, así mismo ayudará a desarrollar nuevas estrategias en gestión de riesgo fortaleciendo la atención que permitirá plantear mejores políticas de gestión que aseguren una cultura de cumplimiento en todo personal.

Si usted decide voluntariamente participar en la investigación se seguirán los siguientes pasos:

1. Se realizará una encuesta donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación titulada:” Gestión del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023”
2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 30 minutos y se aplicará al personal de enfermería de la institución. Las respuestas al cuestionario o guía de entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Puede realizar todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir su participación, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación si no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

No existe ningún riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en caso de existir preguntas que generen incomodidad, tiene la libertad de responderlas o no.

Será informado sobre los resultados de investigación que alcance el estudio, no recibirá ningún beneficio económico. Los resultados del estudio aportarán y serán beneficiosos para la salud pública y en especial a los pacientes de salud mental.

Los datos recolectados mantendrán el anonimato, garantizamos que la información brindada será de carácter confidencial y no será utilizado para ningún otro propósito que no sea la investigación, permaneciendo bajo custodia del investigador principal.

De existir alguna pregunta sobre la investigación puede contactar con la investigadora Calisaya Rodriguez, Elena Cecilia, email:elena_calisaya@hotmail.com.

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

Nombre y Apellido:

Fecha y Hora:

Anexo 4. Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “Cuestionario para medir la variable gestión de riesgo”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del Juez:	Peña Navarro, Norma Cecilia
Grado profesional:	Maestría (x) Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica (x) Social () Educativa () Organizacional (x)
Áreas de experiencia profesional:	Gestión de Servicios y cargo asistencial
Institución donde labora:	Hospital Hermilio Valdizán
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (x) Más de 5 años (x)
Experiencia en Investigación Psicométrica:	Trabajo de investigación inteligencia emocional y relaciones interpersonales en profesionales de la salud del hospital Hermilio Valdizán, 2018

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	“Cuestionario sobre gestión de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad”
Autora:	Calisaya Rodriguez, Elena Cecilia
Procedencia:	Lima, Perú
Administración:	Digital
Tiempo de aplicación:	30 minutos
Ámbito de aplicación:	Hospital Hermilio Valdizán- Departamento de enfermería
Significación:	El cuestionario está dividido en dos segmentos, en el primer segmento se mide la variable gestión del riesgo, cuenta con 4 dimensiones: Análisis situacional, evaluación del riesgo, tratamiento del riesgo y evaluación de resultados, distribuidos en 23 ítems; el segundo segmento medirá la cultura de cumplimiento en seguridad, cuenta con tres dimensiones: Apoyo de la alta dirección, comunicación efectiva y seguridad de los procesos clínicos, distribuidos en 30 ítems.

4. Soporte teórico

Escala/AREA	Subescala (dimensiones)	Definición
Gestión de riesgo	Análisis situacional	Etapa donde se realizan una serie de acciones y aclaran definiciones; adaptando el proceso de gestión de riesgos a su contexto actual, realizando una mirada introspectiva y observación de la realidad en la cual se labora.
	Evaluación del riesgo	Es la etapa que comprende en identificar el riesgo, el análisis del mismo y su respectiva valoración, se debe realizar de forma sistemática, constante y participativa, teniendo en cuenta la experiencia, registros, conocimientos y opiniones de las partes involucradas.
	Tratamiento del riesgo	Etapa que tiene el fin de seleccionar e implementar opciones para abordar el riesgo tomando en cuenta las medidas acordadas, la naturaleza de sus implicancias, manejando el riesgo dentro de parámetros aceptables.
	Evaluación de resultados	Es el procedimiento que busca analizar y valorar los resultados y datos generados en el proceso de gestión de riesgo valorando el impacto generado.
Cultura de cumplimiento de seguridad	Apoyo de la alta dirección	El éxito de un hospital seguro requiere el compromiso y liderazgo visible de la dirección asumiendo la plena responsabilidad del éxito o fracaso de los proyectos de gestión de riesgos, proporcionando los recursos financieros y humanos necesarios.
	Comunicación efectiva	La comunicación eficaz es aquella que, durante el proceso de atención se transmite entre los profesionales sobre el estado del paciente de forma oportuna, precisa, adecuada y dirigida a la persona correcta extendiéndose hacia los familiares.
	Seguridad de los procesos clínicos	Es la sistematización e interconexión de todos los procesos con sustento en la evidencia científica actual y con la participación de profesionales que tienen que ver con la atención y seguridad del paciente cuando acude a una institución sanitaria

5. **Presentación de instrucciones para el juez:**

A continuación, a usted le presento el cuestionario “Gestión de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad”, elaborado por Calisaya Rodríguez, Elena Cecilia, en el año 2023. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	2. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión	1. Totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial/lejana con la dimensión.

o indicador que está midiendo	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (Alto nivel)	El ítem se encuentra relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
	3. Moderado Nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto Nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente.

1. No cumple con el criterio
2. Bajo nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

Dimensiones del instrumento: Gestión del riesgo

- Primera dimensión: Análisis Situacional
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Alcance	El hospital a identificado áreas específicas y/o servicios con problemas, para implantar un plan de gestión de riesgo.	4	4	4	
	El hospital tiene identificado e implementado el proceso de gestión de riesgo a nivel hospitalario en caso de desastres.	4	4	4	
Contexto	El hospital cuenta con un plan estratégico basado en la misión y visión teniendo en cuenta la gestión de riesgos.	4	4	4	
	Existe una unidad de gestión de riesgo responsable y dinámica para coordinar las acciones de seguridad del paciente.	4	4	4	
Criterios del riesgo	El hospital tiene establecidos indicadores para medir riesgos según los objetivos institucionales.	4	4	4	

- Segunda dimensión: Valoración del riesgo
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Identificación del riesgo	El hospital ha realizado un mapeo de riesgos por servicios para su	4	4	4	

	identificación y posterior tratamiento				
	Se utilizan fuentes pasivas y activas para identificar los riesgos como libro de quejas, encuestas de satisfacción, auditorias, expediente clínico, sistemas de notificación, actas de reunión del servicio, accidentes de trabajo.	4	4	4	
Análisis del riesgo	Se utilizan métodos de análisis cualitativo para determinar las causas del riesgo y otros factores utilizando el método Delphi, análisis de diagrama de Ishikawa, análisis de escenarios, mapa de riesgos y lluvia de ideas.	3	4	4	Cambiar otros factores por efecto
	Se utilizan métodos de análisis cuantitativo para determinar las causas del riesgo y otros factores utilizando histogramas, estratificación del riesgo o diagramas de Pareto.	3	4	4	Cambiar otros factores por efecto
Valor del riesgo	Se realiza la valoración del riesgo utilizando una matriz de priorización en base a criterios de gravedad, frecuencia y nivel de riesgo	4	4	4	
	El hospital realiza una valoración del impacto económico, manejo del riesgo y beneficios.	4	4	4	

- Tercera Dimensión: Tratamiento del riesgo
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Selección de estrategias	Se planifican acciones de acuerdo con los resultados de la matriz de riesgo y los objetivos de la institución.	4	4	4	
	Se ha establecido protocolos de seguridad ante situaciones de emergencia o eventos de difícil prevención que requieran un abordaje inmediato.	4	4	4	
Preparación e implementación	Se comunica al equipo de salud los riesgos identificados y la política preventiva en su área de trabajo y en todo el hospital.	4	4	4	

	Se promueven actividades de sensibilización para la gestión eficaz del riesgo elaborando afiches, banners, videos y trípticos.	4	4	4	
	Se realizan capacitaciones pertinentes sobre gestión de riesgo y seguridad del paciente.	4	4	4	
	Se ha presentado un plan de acción para mitigar los riesgos identificados en el área de trabajo, sociabilizando el cronograma, indicadores y recursos.	4	4	4	
	Se promueven prácticas seguras con el cumplimiento de protocolos actualizados.	4	4	4	
	Se incentiva una cultura de notificación de eventos adversos para su abordaje preventivo.	4	4	4	

- Cuarta dimensión: Evaluación de resultados
- Objetivos de la dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Seguimiento	Se realizan rondas de seguridad mensual para la identificación de riesgo utilizando listas de cotejo.	4	4	4	
	Se realiza monitoreo permanente para la verificación del cumplimiento de las actividades del plan de gestión de riesgo.	4	4	4	
Valoración de resultados	Se realiza la valoración de resultados y son comunicados a todo el personal involucrado en la atención (jefes, profesionales y técnicos)	4	4	4	
	Se implementa con rapidez un nuevo plan de riesgo en base a los resultados que no se alcanzaron.	4	4	4	

Dimensiones del instrumento: Cultura de cumplimiento en seguridad

- Primera dimensión: Apoyo de la alta dirección
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Liderazgo gerencial	El director y el equipo de gestión del hospital estimulan y motivan frecuentemente al equipo de salud para un buen desempeño en seguridad del paciente.	4	4	4	
	El director y el equipo de gestión fomentan soluciones a través de reuniones consensuadas considerando el aporte del personal asistencial.	4	4	4	
	El director y el equipo de gestión forman comisiones de trabajo en cada servicio en torno a la seguridad del paciente.	4	4	4	
Compromiso	El director y equipo de gestión toman acciones inmediatas para solucionar problemas de seguridad que han sido comunicados por el personal.	4	4	4	
	Las acciones y actitudes del equipo de gestión muestran que la seguridad del paciente es una prioridad del hospital.	4	4	4	
Asignación de recursos	Se cuenta con personal suficiente para poder realizar el trabajo sin que se vulnere la seguridad del paciente.	4	4	3	
	Existe una asignación adecuada de personal para hacer frente a los riesgos potenciales (Agitación psicomotriz, conducta autolesiva o riesgo de fuga).	4	4	4	
	Existe un sistema eficaz en caso de ausentismo de personal para garantizar el correcto funcionamiento del servicio.	4	4	3	
	La gestión del hospital proporciona recursos en los servicios para mejorar la seguridad del paciente.	4	4	4	
	El hospital cuenta con ambientes seguros e implementados para pacientes con riesgo potencial.	4	4	4	

- Segunda dimensión: Comunicación efectiva
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Reportes entre el equipo de salud	Durante el traslado de un paciente a otro servicio, se brinda información completa sobre su estado de salud.	4	4	4	
	Durante los reportes por cambio de turno se brinda información completa sobre cuidados, conductas observadas y procesos pendientes.	4	4	4	
	Las coordinaciones con otros servicios de apoyo (nutrición, farmacia, laboratorio, SIS, REFCON) se gestionan y resuelven generalmente durante el turno	4	4	4	
	El registro de atención en historia clínica se realiza siguiendo el SOAPIE como medio de comunicación escrita entre profesionales.	4	4	4	
Información a paciente y familia	El personal de salud brinda información oportuna, clara y frecuente a la familia y paciente sobre el estado de salud, evolución, pronóstico del paciente.	4	4	4	
	Durante el ingreso la familia y paciente reciben orientación clara sobre normas del servicio, médico tratante, horarios y trámites a realizar.	4	4	4	

- Tercera Dimensión: Seguridad de los procesos clínicos
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Identificación del paciente	El paciente desde su ingreso cuenta identificación correcta y completa corroborada con el DNI, historia clínica y familiar.	4	4	4	
	La unidad del paciente cuenta con un cartel visible con la información del paciente.	4	4	4	
	Es de rutina realizar doble verificación de datos antes de realizar un procedimiento.	4	4	4	
Medicación segura	El profesional de enfermería utiliza los 10				

	correctos antes de administrar el tratamiento.	4	4	4	
	Existe correspondencia entre las indicaciones médicas y el Kardex.				
	Los medicamentos dispensados se encuentran almacenados fuera del alcance de los pacientes.	4	4	4	
	El coche de paro cuenta con medicamentos según la normativa en caso de emergencia.	4	4	4	
Caída del paciente	Existe un protocolo sobre prevención de caídas, sociabilizado entre todo el personal.	4	4	4	
	Se realiza la identificación de pacientes en situaciones de deterioro, desorientación y sedación para utilizar cama con barandas y contención física.	4	4	4	
Fuga de pacientes	Se cuenta con un protocolo efectivo de identificación durante la entrada y salida al servicio de hospitalización	4	4	4	
	Se cuenta con un protocolo institucional sociabilizado en caso de fuga del paciente.	4	4	4	
	Se encuentra registrado en el expediente clínico y Kardex el riesgo de fuga o conducta autolesiva de un paciente.	4	4	4	
Prevención de conductas suicidas	El Paciente con riesgo autolesivo se ubica en una unidad de mayor vigilancia	4	4	4	
	Al ser identificado un paciente con riesgo autolesivo se procede al monitoreo, evaluación y tratamiento permanente.	4	4	4	

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL HERMILIO VALDIZAN

LIC. CECILIA N. PEÑA NAVARRO
CEP N° 038841

Firma del evaluador

DNI 40585848

Anexo 4A. Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “Cuestionario para medir la variable gestión de riesgo”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del Juez:	Laríco Durand, Sussy Olinda
Grado profesional:	Maestría (x) Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica (x) Social () Educativa (x) Organizacional ()
Áreas de experiencia profesional:	Gestión de Servicios y cargo asistencial
Institución donde labora:	Hospital Hermilio Valdizán
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (x) Más de 5 años (x)
Experiencia en Investigación Psicométrica:	Trabajo de investigación inteligencia emocional y relaciones interpersonales en profesionales de la salud del hospital Hermilio Valdizán, 2018 Eficacia de la musicoterapia para mejorar síntomas depresivos en pacientes adultos mayores.

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	“Cuestionario sobre gestión de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad”
Autora:	Calisaya Rodriguez, Elena Cecilia
Procedencia:	Lima, Perú
Administración:	Digital
Tiempo de aplicación:	30 minutos
Ámbito de aplicación:	Hospital Hermilio Valdizán- Departamento de enfermería
Significación:	El cuestionario está dividido en dos segmentos, en el primer segmento se mide la variable gestión del riesgo, cuenta con 4 dimensiones: Análisis situacional, evaluación del riesgo, tratamiento del riesgo y evaluación de resultados, distribuidos en 23 ítems; el segundo segmento medirá la cultura de cumplimiento en seguridad, cuenta con tres dimensiones: Apoyo de la alta dirección, comunicación efectiva y seguridad de los procesos clínicos, distribuidos en 30 ítems.

4. Soporte teórico

Escala/AREA	Subescala (dimensiones)	Definición
Gestión de riesgo	Análisis situacional	Etapa donde se realizan una serie de acciones y aclaran definiciones; adaptando el proceso de gestión de riesgos a su contexto actual, realizando una mirada introspectiva y observación de la realidad en la cual se labora.
	Evaluación del riesgo	Es la etapa que comprende en identificar el riesgo, el análisis del mismo y su respectiva valoración, se debe realizar de forma sistemática, constante y participativa, teniendo en cuenta la experiencia, registros, conocimientos y opiniones de las partes involucradas.
	Tratamiento del riesgo	Etapa que tiene el fin de seleccionar e implementar opciones para abordar el riesgo tomando en cuenta las medidas acordadas, la naturaleza de sus implicancias, manejando el riesgo dentro de parámetros aceptables.
	Evaluación de resultados	Es el procedimiento que busca analizar y valorar los resultados y datos generados en el proceso de gestión de riesgo valorando el impacto generado.
Cultura de cumplimiento de seguridad	Apoyo de la alta dirección	El éxito de un hospital seguro requiere el compromiso y liderazgo visible de la dirección asumiendo la plena responsabilidad del éxito o fracaso de los proyectos de gestión de riesgos, proporcionando los recursos financieros y humanos necesarios.
	Comunicación efectiva	La comunicación eficaz es aquella que, durante el proceso de atención se transmite entre los profesionales sobre el estado del paciente de forma oportuna, precisa, adecuada y dirigida a la persona correcta extendiéndose hacia los familiares.
	Seguridad de los procesos clínicos	Es la sistematización e interconexión de todos los procesos con sustento en la evidencia científica actual y con la participación de profesionales que tienen que ver con la atención y seguridad del paciente cuando acude a una institución sanitaria

5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación, a usted le presento el cuestionario “Gestión de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad”, elaborado por Calisaya Rodríguez, Elena Cecilia, en el año 2023. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	5. No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	6. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	7. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	8. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo	5. Totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	6. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial/lejana con la dimensión.
	7. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.

	8. Totalmente de Acuerdo (Alto nivel)	El ítem se encuentra relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	5. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	6. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
	7. Moderado Nivel	El ítem es relativamente importante.
	8. Alto Nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente.

6. No cumple con el criterio
7. Bajo nivel
8. Moderado nivel
9. Alto nivel

Dimensiones del instrumento: Gestión del riesgo

- Primera dimensión: Análisis Situacional
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Alcance	El hospital a identificado áreas específicas y/o servicios con problemas, para implantar un plan de gestión de riesgo.	4	4	4	
	El hospital tiene identificado e implementado el proceso de gestión de riesgo a nivel hospitalario en caso de desastres.	4	4	4	
Contexto	El hospital cuenta con un plan estratégico basado en la misión y visión teniendo en cuenta la gestión de riesgos.	4	4	4	
	Existe una unidad de gestión de riesgo responsable y dinámica para coordinar las acciones de seguridad del paciente.	4	4	4	
Criterios del riesgo	El hospital tiene establecidos indicadores para medir riesgos según los objetivos institucionales.	3	4	4	Mencionar que indicadores

- Segunda dimensión: Valoración del riesgo
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Identificación del riesgo	El hospital ha realizado un mapeo de riesgos por servicios para su identificación y posterior tratamiento	4	4	4	

	Se utilizan fuentes pasivas y activas para identificar los riesgos como libro de quejas, encuestas de satisfacción, auditorias, expediente clínico, sistemas de notificación, actas de reunión del servicio, accidentes de trabajo.	4	4	4	
Análisis del riesgo	Se utilizan métodos de análisis cualitativo para determinar las causas del riesgo y otros factores utilizando el método Delphi, análisis de diagrama de Ishikawa, análisis de escenarios, mapa de riesgos y lluvia de ideas.	4	4	4	
	Se utilizan métodos de análisis cuantitativo para determinar las causas del riesgo y otros factores utilizando histogramas, estratificación del riesgo o diagramas de Pareto.	4	4	4	
Valor del riesgo	Se realiza la valoración del riesgo utilizando una matriz de priorización en base a criterios de gravedad, frecuencia y nivel de riesgo	4	4	4	
	El hospital realiza una valoración del impacto económico, manejo del riesgo y beneficios.	4	4	4	

- Tercera Dimensión: Tratamiento del riesgo
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Selección de estrategias	Se planifican acciones de acuerdo con los resultados de la matriz de riesgo y los objetivos de la institución.	4	4	4	
	Se ha establecido protocolos de seguridad ante situaciones de emergencia o eventos de difícil prevención que requieran un abordaje inmediato.	4	4	4	
Preparación e implementación	Se comunica al equipo de salud los riesgos identificados y la política preventiva en su área de trabajo y en todo el hospital.	4	4	4	
	Se promueven actividades de sensibilización para la	4	4	4	

	gestión eficaz del riesgo elaborando afiches, banners, videos y trípticos.				
	Se realizan capacitaciones pertinentes sobre gestión de riesgo y seguridad del paciente.	4	4	4	
	Se ha presentado un plan de acción para mitigar los riesgos identificados en el área de trabajo, sociabilizando el cronograma, indicadores y recursos.	4	4	4	
	Se promueven prácticas seguras con el cumplimiento de protocolos actualizados.	4	4	4	
	Se incentiva una cultura de notificación de eventos adversos para su abordaje preventivo.	4	4	4	

- Cuarta dimensión: Evaluación de resultados
- Objetivos de la dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Seguimiento	Se realizan rondas de seguridad mensual para la identificación de riesgo utilizando listas de cotejo.	4	4	4	
	Se realiza monitoreo permanente para la verificación del cumplimiento de las actividades del plan de gestión de riesgo.	4	4	4	
Valoración	Se realiza la valoración de resultados y son comunicados a todo el personal involucrado en la atención (jefes, profesionales y técnicos)	4	4	4	
	Se implementa con rapidez un nuevo plan de riesgo en base a los resultados que no se alcanzaron.	4	4	4	

Dimensiones del instrumento: Cultura de cumplimiento en seguridad

- Primera dimensión: Apoyo de la alta dirección
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Liderazgo gerencial	El director y el equipo de gestión del hospital estimulan y motivan frecuentemente al equipo de salud para un buen desempeño en seguridad del paciente.	4	4	4	
	El director y el equipo de gestión fomentan soluciones través de reuniones consensuadas considerando el aporte del personal asistencial.	4	4	4	
	El director y el equipo de gestión forman comisiones de trabajo en cada servicio en torno a la seguridad del paciente.	4	4	4	
Compromiso	El director y equipo de gestión toman acciones inmediatas para solucionar problemas de seguridad que han sido comunicados por el personal.	4	4	4	
	Las acciones y actitudes del equipo de gestión muestran que la seguridad del paciente es una prioridad del hospital.	4	4	4	
Asignación de recursos	Se cuenta con personal suficiente para poder realizar el trabajo sin que se vulnere la seguridad del paciente.	4	4	4	
	Existe una asignación adecuada de personal para hacer frente a los riesgos potenciales (Agitación psicomotriz, conducta autolesiva o riesgo de fuga).	4	4	4	
	Existe un sistema eficaz en caso de ausentismo de personal para garantizar el correcto funcionamiento del servicio.	4	4	4	
	La gestión del hospital proporciona recursos en los servicios para mejorar la seguridad del paciente.	4	4	4	
	El hospital cuenta con ambientes seguros e implementados para pacientes con riesgo potencial.	4	4	4	

- Segunda dimensión: Comunicación efectiva
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Reportes entre el equipo de salud	Durante el traslado de un paciente a otro servicio, se brinda información completa sobre su estado de salud.	4	4	4	
	Durante los reportes por cambio de turno se brinda información completa sobre cuidados, conductas observadas y procesos pendientes.	4	4	4	
	Las coordinaciones con otros servicios de apoyo (nutrición, farmacia, laboratorio, SIS, REFCON) se gestionan y resuelven generalmente durante el turno	4	4	4	
	El registro de atención en historia clínica se realiza siguiendo el SOAPIE como medio de comunicación escrita entre profesionales.	4	4	4	
Información a paciente y familia	El personal de salud brinda información oportuna, clara y frecuente a la familia y paciente sobre el estado de salud, evolución, pronóstico del paciente.	3	4	4	Especificar si es durante la hospitalización.
	Durante el ingreso la familia y paciente reciben orientación clara sobre normas del servicio, médico tratante, horarios y trámites a realizar.	4	4	4	

- Tercera Dimensión: Seguridad de los procesos clínicos
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Identificación del paciente	El paciente desde su ingreso cuenta identificación correcta y completa corroborada con el DNI, historia clínica y familiar.	4	4	4	
	La unidad del paciente cuenta con un cartel visible con la información del paciente.	4	4	3	
	Es de rutina realizar doble verificación de datos antes de realizar un procedimiento.	4	4	4	Cambiar un procedimiento por cualquier procedimiento
Medicación segura	El profesional de enfermería utiliza los 10 correctos antes de administrar el tratamiento.	4	4	4	

	Existe correspondencia entre las indicaciones médicas y el Kardex.				
	Los medicamentos dispensados se encuentran almacenados fuera del alcance de los pacientes.	4	4	4	
	El coche de paro cuenta con medicamentos según la normativa en caso de emergencia.	4	4	4	
Caída del paciente	Existe un protocolo sobre prevención de caídas, sociabilizado entre todo el personal.	4	4	4	
	Se realiza la identificación de pacientes en situaciones de deterioro, desorientación y sedación para utilizar cama con barandas y contención física.	4	4	4	
Fuga de pacientes	Se cuenta con un protocolo efectivo de identificación durante la entrada y salida al servicio de hospitalización	4	4	4	
	Se cuenta con un protocolo institucional sociabilizado en caso de fuga del paciente.	4	4	4	
	Se encuentra registrado en el expediente clínico y Kardex el riesgo de fuga o conducta autolesiva de un paciente.		4	4	
Prevención de conductas suicidas	El Paciente con riesgo autolesivo se ubica en una unidad de mayor vigilancia	4	4	4	
	Al ser identificado un paciente con riesgo autolesivo se procede al monitoreo, evaluación y tratamiento permanente.	4	4	4	



Firma del evaluador
DNI 19896230

Firma del evaluador
DNI 19896230

Anexo 4B. Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento “Cuestionario para medir la variable gestión de riesgo”. La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

1. Datos generales del juez

Nombre del Juez:	Chirinos Marroquín, Maritza
Grado profesional:	Maestría (x) Doctor ()
Área de formación académica:	Clínica () Social () Educativa (x) Organizacional (x)
Áreas de experiencia profesional:	Gestión de Servicios y cargo asistencial
Institución donde labora:	Hospital Hermilio Valdizán
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años (x) Más de 5 años (x)
Experiencia en Investigación Psicométrica:	Investigación en áreas de: Sustentabilidad, análisis del ciclo de vida, felicidad, aprovechamiento de recursos, eficiencia energética

2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	“Cuestionario sobre gestión de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad”
Autora:	Calisaya Rodriguez, Elena Cecilia
Procedencia:	Lima, Perú
Administración:	Digital
Tiempo de aplicación:	30 minutos
Ámbito de aplicación:	Hospital Hermilio Valdizán- Departamento de enfermería
Significación:	El cuestionario está dividido en dos segmentos, en el primer segmento se mide la variable gestión del riesgo, cuenta con 4 dimensiones: Análisis situacional, evaluación del riesgo, tratamiento del riesgo y evaluación de resultados, distribuidos en 23 ítems; el segundo segmento medirá la cultura de cumplimiento en seguridad, cuenta con tres dimensiones: Apoyo de la alta dirección, comunicación efectiva y seguridad de los procesos clínicos, distribuidos en 30 ítems.

4. Soporte teórico

Escala/AREA	subescala (dimensiones)	Definición
Gestión de riesgo	Análisis situacional	Etapa donde se realizan una serie de acciones y aclaran definiciones; adaptando el proceso de gestión de riesgos a su contexto actual, realizando una mirada introspectiva y observación de la realidad en la cual se labora.
	Evaluación del riesgo	Es la etapa que comprende en identificar el riesgo, el análisis del mismo y su respectiva valoración, se debe realizar de forma sistemática, constante y participativa, teniendo en cuenta la experiencia, registros, conocimientos y opiniones de las partes involucradas.
	Tratamiento del riesgo	Etapa que tiene el fin de seleccionar e implementar opciones para abordar el riesgo tomando en cuenta las medidas acordadas, la naturaleza de sus implicancias, manejando el riesgo dentro de parámetros aceptables.
	Evaluación de resultados	Es el procedimiento que busca analizar y valorar los resultados y datos generados en el proceso de gestión de riesgo valorando el impacto generado.
Cultura de cumplimiento de seguridad	Apoyo de la alta dirección	El éxito de un hospital seguro requiere el compromiso y liderazgo visible de la dirección asumiendo la plena responsabilidad del éxito o fracaso de los proyectos de gestión de riesgos, proporcionando los recursos financieros y humanos necesarios.
	Comunicación efectiva	La comunicación eficaz es aquella que, durante el proceso de atención se transmite entre los profesionales sobre el estado del paciente de forma oportuna, precisa, adecuada y dirigida a la persona correcta extendiéndose hacia los familiares.
	Seguridad de los procesos clínicos	Es la sistematización e interconexión de todos los procesos con sustento en la evidencia científica actual y con la participación de profesionales que tienen que ver con la atención y seguridad del paciente cuando acude a una institución sanitaria

5. Presentación de instrucciones para el juez:

A continuación, a usted le presento el cuestionario “Gestión de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad”, elaborado por Calisaya Rodríguez, Elena Cecilia, en el año 2023. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.	9. No cumple con el criterio	El ítem no es claro
	10. Bajo nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	11. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	12. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo	9. Totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.
	10. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial/lejana con la dimensión.
	11. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo.

	12. Totalmente de Acuerdo (Alto nivel)	El ítem se encuentra relacionado con la dimensión que está midiendo.
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.	9. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	10. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este.
	11. Moderado Nivel	El ítem es relativamente importante.
	12. Alto Nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente.

6. No cumple con el criterio
7. Bajo nivel
8. Moderado nivel
9. Alto nivel

Dimensiones del instrumento: Gestión del riesgo

- Primera dimensión: Análisis Situacional
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Alcance	El hospital a identificado áreas específicas y/o servicios con problemas, para implantar un plan de gestión de riesgo.	4	4	4	
	El hospital tiene identificado e implementado el proceso de gestión de riesgo a nivel hospitalario en caso de desastres.	4	4	4	
Contexto	El hospital cuenta con un plan estratégico basado en la misión y visión teniendo en cuenta la gestión de riesgos.	4	4	4	
	Existe una unidad de gestión de riesgo responsable y dinámica para coordinar las acciones de seguridad del paciente.	4	4	4	
Criterios del riesgo	El hospital tiene establecidos indicadores para medir riesgos según los objetivos institucionales.	4	4	4	

- Segunda dimensión: Valoración del riesgo
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Identificación del riesgo	El hospital ha realizado un mapeo de riesgos por servicios para su identificación y posterior tratamiento	4	4	4	

	Se utilizan fuentes pasivas y activas para identificar los riesgos como libro de quejas, encuestas de satisfacción, auditorias, expediente clínico, sistemas de notificación, actas de reunión del servicio, accidentes de trabajo.	4	4	4	
Análisis del riesgo	Se utilizan métodos de análisis cualitativo para determinar las causas del riesgo y otros factores utilizando el método Delphi, análisis de diagrama de Ishikawa, análisis de escenarios, mapa de riesgos y lluvia de ideas.	4	4	4	
	Se utilizan métodos de análisis cuantitativo para determinar las causas del riesgo y otros factores utilizando histogramas, estratificación del riesgo o diagramas de Pareto.	4	4	4	
Valor del riesgo	Se realiza la valoración del riesgo utilizando una matriz de priorización en base a criterios de gravedad, frecuencia y nivel de riesgo	4	4	4	
	El hospital realiza una valoración del impacto económico, manejo del riesgo y beneficios.	3	4	4	Mejorar el enunciado

- Tercera Dimensión: Tratamiento del riesgo
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Selección de estrategias	Se planifican acciones de acuerdo con los resultados de la matriz de riesgo y los objetivos de la institución.	4	4	4	
	Se ha establecido protocolos de seguridad ante situaciones de emergencia o eventos de difícil prevención que requieran un abordaje inmediato.	4	4	4	
Preparación e implementación	Se comunica al equipo de salud los riesgos identificados y la política preventiva en su área de trabajo y en todo el hospital.	4	4	4	
	Se promueven actividades de sensibilización para la	4	4	4	

	gestión eficaz del riesgo elaborando afiches, banners, videos y trípticos.				
	Se realizan capacitaciones pertinentes sobre gestión de riesgo y seguridad del paciente.	4	4	4	
	Se ha presentado un plan de acción para mitigar los riesgos identificados en el área de trabajo, sociabilizando el cronograma, indicadores y recursos.	4	4	4	
	Se promueven prácticas seguras con el cumplimiento de protocolos actualizados.	4	4	4	
	Se incentiva una cultura de notificación de eventos adversos para su abordaje preventivo.	4	4	4	

- Cuarta dimensión: Evaluación de resultados
- Objetivos de la dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Seguimiento	Se realizan rondas de seguridad mensual para la identificación de riesgo utilizando listas de cotejo.	4	4	4	
	Se realiza monitoreo permanente para la verificación del cumplimiento de las actividades del plan de gestión de riesgo.	4	4	4	
Valoración De resultados	Se realiza la valoración de resultados y son comunicados a todo el personal involucrado en la atención (jefes, profesionales y técnicos)	4	4	4	
	Se implementa con rapidez un nuevo plan de riesgo en base a los resultados que no se alcanzaron.	4	4	4	

Dimensiones del instrumento: Cultura de cumplimiento en seguridad

- Primera dimensión: Apoyo de la alta dirección
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Liderazgo gerencial	El director y el equipo de gestión del hospital estimulan y motivan frecuentemente al equipo de salud para un buen desempeño en seguridad del paciente.	4	4	4	
	El director y el equipo de gestión fomentan soluciones través de reuniones consensuadas considerando el aporte del personal asistencial.	4	4	4	
	El director y el equipo de gestión forma comisiones de trabajo en cada servicio en torno a la seguridad del paciente.	4	4	4	
Compromiso	El director y equipo de gestión toman acciones inmediatas para solucionar problemas de seguridad que han sido comunicados por el personal.	4	4	4	
	Las acciones y actitudes del equipo de gestión muestran que la seguridad del paciente es una prioridad del hospital.	4	4	4	
Asignación de recursos	Se cuenta con personal suficiente para poder realizar el trabajo sin que se vulnere la seguridad del paciente.	4	4	4	
	Existe una asignación adecuada de personal para hacer frente a los riesgos potenciales (Agitación psicomotriz, conducta autolesiva o riesgo de fuga).	4	4	4	
	Existe un sistema eficaz en caso de ausentismo de personal para garantizar el correcto funcionamiento del servicio.	4	4	4	
	La gestión del hospital proporciona recursos en los servicios para mejorar la seguridad del paciente.	4	4	4	
	El hospital cuenta con ambientes seguros e implementados para pacientes con riesgo potencial.	4	4	4	

- Segunda dimensión: Comunicación efectiva
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Reportes entre el equipo de salud	Durante el traslado de un paciente a otro servicio, se brinda información completa sobre su estado de salud.	4	4	4	
	Durante los reportes por cambio de turno se brinda información completa sobre cuidados, conductas observadas y procesos pendientes.	4	4	4	
	Las coordinaciones con otros servicios de apoyo (nutrición, farmacia, laboratorio, SIS, REFCON) se gestionan y resuelven generalmente durante el turno	4	4	4	
	El registro de atención en historia clínica se realiza siguiendo el SOAPIE como medio de comunicación escrita entre profesionales.	4	4	4	
Información a paciente y familia	El personal de salud brinda información oportuna, clara y frecuente a la familia y paciente sobre el estado de salud, evolución, pronóstico del paciente.	4	4	4	
	Durante el ingreso la familia y paciente reciben orientación clara sobre normas del servicio, médico tratante, horarios y trámites a realizar.	4	4	4	

- Tercera Dimensión: Seguridad de los procesos clínicos
- Objetivos de la Dimensión:

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Identificación del paciente	El paciente desde su ingreso cuenta identificación correcta y completa corroborada con el DNI, historia clínica y familiar.	4	4	4	
	La unidad del paciente cuenta con un cartel visible con la información del paciente.	4	4	4	
	Es de rutina realizar doble verificación de datos antes de realizar un procedimiento.	4	4	4	
Medicación segura	El profesional de enfermería utiliza los 10 correctos antes de administrar el tratamiento.	4	4	4	

	Existe correspondencia entre las indicaciones médicas y el Kardex.				
	Los medicamentos dispensados se encuentran almacenados fuera del alcance de los pacientes.	4	4	4	
	El coche de paro cuenta con medicamentos según la normativa en caso de emergencia.	4	4	4	
Caída del paciente	Existe un protocolo sobre prevención de caídas, sociabilizado entre todo el personal.	4	4	4	
	Se realiza la identificación de pacientes en situaciones de deterioro, desorientación y sedación para utilizar cama con barandas y contención física.	3	4	4	Reordenar con claridad la idea
Fuga de pacientes	Se cuenta con un protocolo efectivo de identificación durante la entrada y salida al servicio de hospitalización	4	4	4	
	Se cuenta con un protocolo institucional sociabilizado en caso de fuga del paciente.	4	4	4	
	Se encuentra registrado en el expediente clínico y Kardex el riesgo de fuga o conducta autolesiva de un paciente.	4	4	4	
Prevención de conductas suicidas	El Paciente con riesgo autolesivo se ubica en una unidad de mayor vigilancia	4	4	4	
	Al ser identificado un paciente con riesgo autolesivo se procede al monitoreo, evaluación y tratamiento permanente.	4	4	4	



Firma del evaluador

DNI 42796064

Anexo 5. Prueba Turnitin

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

Gestión del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del
paciente en un hospital de salud mental, Lima 2023

**TESIS PARA OBTENER EL
GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS
SERVICIOS DE SALUD**

AUTORA:

Calisaya Rodriguez, Elena Cecilia (orcid.org/0000-0001-5654-1752n)

ASESORAS:

Dra. Mercado Marrufo, Celia Emperatriz (orcid.org/0000-0002-4187-106X)

Dra. Meneses La Riva, Mónica Elisa (orcid.org/0000-0001-6885-9207)

Resumen de coincidencias		
17 %		
Se están viendo fuentes estándar		
Ver fuentes en inglés		
Coincidencias		
1	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	7 %
2	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	5 %
3	repositorio.unajma.edu... Fuente de Internet	1 %
4	Entregado a FUNIBER Trabajo del estudiante	1 %
5	repositorio.uwiener.edu... Fuente de Internet	<1 %
6	search.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
7	hdl.handle.net Fuente de Internet	<1 %
8	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %

Anexo 6. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	
			V1: Gestión de riesgos	
<p>Problema general ¿Cuál es la relación entre la gestión del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023?</p> <p>Problemas específicos: (i) ¿Cuál es la relación del análisis situacional y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023?, (ii) ¿Cuál es la relación de la evaluación del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023? (iii) ¿Cuál es la relación del tratamiento del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023? (iv) ¿Cuál es la relación de la evaluación de resultados y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre la gestión del riesgo y la cultura de cumplimiento de seguridad en un hospital de Salud Mental, Lima 2023</p> <p>Objetivos específicos: (i) Establecer la relación del análisis situacional y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023. (ii) Establecer la relación de la evaluación del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023. (iii) Establecer la relación del tratamiento de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023. (iv) Establecer la relación de la evaluación de resultados y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023.</p>	<p>Hipótesis general Existe relación significativa entre la gestión del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023</p> <p>Hipótesis específicas (i) Existe relación significativa entre el análisis situacional y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023 (ii) Existe relación significativa entre la evaluación del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023. (iii) Existe relación significativa entre el tratamiento de riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023. (iv) Existe relación significativa entre la evaluación de resultados y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de Salud Mental, Lima 2023.</p>	V1: Gestión de riesgos	
			Dimensiones	Indicadores
			Análisis situacional	Alcance Contexto Criterios de riesgo
			Valoración del riesgo	Identificación del riesgo Análisis del riesgo Valor del riesgo
			Tratamiento del riesgo	Selección de estrategias Preparación e implementación
			Evaluación de resultados	Seguimiento Valoración de resultados
			V2: Cultura de cumplimiento en seguridad	
			Dimensiones	Indicadores
			Apoyo de la alta dirección	Liderazgo gerencial Compromiso Asignación de recursos
			Comunicación efectiva	Reportes entre el equipo de salud Información a paciente y familia
Seguridad de los procesos clínicos	Identificación del paciente Medicación segura Caída del paciente Fuga de Paciente Prevención de conductas autolesivas			

TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA
<p>Tipo: Básico Enfoque: Cuantitativo Diseño: No experimental Corte: Transversal Nivel: Correlacional simple</p>	<p>Población: La población estuvo conformada por 80 enfermeras.</p> <p>Muestra: 61 enfermeras del área de hospitalización y emergencia, se utilizó la fórmula para población finita.</p> <p>Muestreo: No probabilístico por conveniencia.</p>	<p>V1: Gestión de riesgos Técnica: Encuesta. Instrumentos: Cuestionario de 23 preguntas con escala tipo Likert. Validez: Juez de expertos, V de Aiken. Confiabilidad: Alpha de Cronbach</p> <hr/> <p>V2: Cultura de cumplimiento en seguridad del paciente Técnica: Encuesta. Instrumentos: Cuestionario de 30 preguntas con escala tipo Likert. Validez: Juez de expertos, V de Aiken. Confiabilidad: Alpha de Cronbach</p>	<p>Descriptiva: Se presentaron los resultados en tablas de frecuencia y figuras con sus interpretaciones considerando los objetivos propuestos en la investigación.</p> <p>Inferencial Se realizó la prueba de hipótesis mediante el coeficiente Rho de Spearman.</p>

Anexo 7. Tamaño de muestra

El cálculo de la muestra se realiza con fórmula para cálculo de muestra en población finita, por el conocimiento exacto de la población (N=80), con un nivel de confianza de 95% con un valor de 1.96 y un margen de error al 5% (0.05).

Donde:

N= Población

z = distribución estándar (1.96).

p = 0.5

q = 0.5

E = margen de error ±0.05

N = Tamaño de la población

e = desviación estándar

Fórmula utilizada:

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

Reemplazo de valores, se obtiene el siguiente resultado:

$$n = \frac{1.96 \times 0.5 \times 0.5 \times 80}{0.05 (80 - 1) + 1.96 \times 0.5 \times 0.5} = 61$$

El tamaño calculado de muestra es de 61 licenciados de enfermería del servicio de emergencia y hospitalización.

Anexo 8. Confiabilidad del instrumento

Gestión del riesgo

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100.0
	Excluido	0	.0
	Total	15	100.0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.932	23

** Alfa de Cronbach >0,9 confiabilidad alta

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Pregunta 1	66.18	163.884	.555	.930
Pregunta 2	65.62	167.939	.422	.932
Pregunta 3	65.82	165.117	.592	.930
Pregunta 4	65.49	169.354	.351	.933
Pregunta 5	65.84	166.206	.527	.930
Pregunta 6	66.46	164.486	.608	.929
Pregunta 7	65.77	159.713	.658	.928
Pregunta 8	66.49	160.887	.689	.928
Pregunta 9	66.57	161.615	.682	.928
Pregunta 10	66.51	162.254	.653	.928
Pregunta 11	66.46	163.652	.647	.929
Pregunta 12	66.13	160.083	.700	.928
Pregunta 13	65.89	161.037	.643	.929
Pregunta 14	66.23	159.713	.683	.928

Pregunta 15	66.49	162.687	.682	.928
Pregunta 16	66.59	166.646	.583	.930
Pregunta 17	66.52	161.420	.750	.927
Pregunta 18	66.54	163.452	.571	.930
Pregunta 19	66.23	163.146	.614	.929
Pregunta 20	66.41	170.779	.328	.933
Pregunta 21	66.51	167.021	.504	.931
Pregunta 22	66.56	163.751	.604	.929
Pregunta 23	66.82	167.984	.548	.930

Cultura de cumplimiento en seguridad del paciente

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.919	30

** Alfa de Cronbach >0,9 confiabilidad alta

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Pregunta 1	105.26	201.463	.559	.916
Pregunta 2	105.16	202.373	.575	.916
Pregunta 3	105.26	202.697	.569	.916
Pregunta 4	104.98	202.016	.596	.915
Pregunta 5	104.66	202.230	.503	.917
Pregunta 6	104.84	201.306	.586	.915
Pregunta 7	104.89	199.203	.632	.915
Pregunta 8	104.90	204.823	.533	.916
Pregunta 9	105.00	206.767	.490	.917
Pregunta 10	104.80	207.061	.334	.920
Pregunta 11	104.23	201.313	.552	.916
Pregunta 12	103.64	207.934	.387	.918
Pregunta 13	103.89	204.270	.441	.918
Pregunta 14	104.93	198.396	.593	.915
Pregunta 15	103.90	207.790	.386	.918
Pregunta 16	103.57	207.982	.407	.918
Pregunta 17	103.46	201.986	.571	.916
Pregunta 18	103.39	199.209	.662	.914

Pregunta 19	103.49	197.721	.692	.914
Pregunta 20	103.02	208.450	.513	.917
Pregunta 21	103.15	206.761	.574	.916
Pregunta 22	102.92	214.010	.306	.919
Pregunta 23	103.23	210.946	.345	.919
Pregunta 24	103.90	207.590	.313	.920
Pregunta 25	103.70	207.578	.498	.917
Pregunta 26	103.97	195.366	.620	.915
Pregunta 27	103.48	204.287	.497	.917
Pregunta 28	103.30	206.878	.544	.916
Pregunta 29	103.05	209.748	.459	.917
Pregunta 30	103.10	209.657	.440	.918

Anexo 9. V de Aiken validez estadística

1. Cuestionario Gestión de riesgo

N° de ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia
Dimensión 1 Análisis Situacional			
1	1	1	1
2	1	1	1
3	1	1	1
4	1	1	1
5	0.889	1	1
Dimensión 2 Evaluación del riesgo			
6	1	1	1
7	1	1	1
8	0.889	1	1
9	0.889	1	1
10	1	1	1
11	0.889	1	1
Dimensión 3 Tratamiento			
12	1	1	1
13	1	1	1
14	1	1	1
15	1	1	1
16	1	1	1
17	1	1	1
18	1	1	1
19	1	1	1
Dimensión 4 Evaluación de resultados			
20	1	1	1
21	1	1	1
22	1	1	1
23	1	1	1
Valores de V de Aiken entre 0 y 1, $P > 0.8$ mayor validez de contenido			

2. Cuestionario Cultura de seguridad del paciente

N° de ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia
Dimensión 1 Apoyo de la alta dirección			
1	1	1	1
2	1	1	1
3	1	1	1
4	1	1	1
5	1	1	1
6	1	1	0.889

7	1	1	1
8	1	1	0.889
9	1	1	1
10	1	1	1
Dimensión 2 Comunicación efectiva			
11	1	1	1
12	1	1	1
13	1	1	1
14	1	1	1
15	1	1	1
16	1	1	1
Dimensión 3 Seguridad de los procesos clínicos			
17	1	1	1
18	1	1	0.89
19	1	1	1
20	1	1	1
21	1	1	1
22	1	1	1
23	1	1	1
24	1	1	1
25	0.89	1	1
26	1	1	1
27	1	1	1
28	1	1	1
29	1	1	1
30	1	1	1
Valores de V de Aiken entre 0 y 1, P>0.8 mayor validez de contenido			

Anexo 10. Prueba de Normalidad

Prueba de normalidad para establecer prueba estadística

	Kolmogórov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístic o	gl	Sig.	Estadístic o	Gl	Sig.
Gestión de riesgo	.179	61	.001	.941	61	.005
Cultura de cumplimiento	.125	61	.019	.963	61	.065

a. Corrección de significación de Lilliefors

Hipótesis:

H₀: Los datos no tienen una distribución normal

H_a: Los datos tienen una distribución normal

Se observa los resultados de normalidad y para una muestra de 61, se tomó en cuenta la prueba de Kolmogorov-Smimov, el p-valor obtenido para la variable gestión de riesgo es 0.001 y para cultura de cumplimiento $p = 0.019$, estableciendo que las variables no siguen una distribución normal ya que el p-valor es < 0.05 aceptando la hipótesis nula, aplicando una prueba no paramétrica Rho de Spearman para correlacionar las variables.

Anexo 11. Coeficiente de correlación Rho de Spearman

Valores de interpretación del coeficiente de correlación

RHO	GRADO DE RELACIÓN
-1	Correlación negativa grande y perfecta
-0.9 a 0,99	Correlación negativa muy alta
-0.7 a 0.89	Correlación negativa alta
-0.4 a 0.69	Correlación negativa moderada
-0.2 a 0.39	Correlación negativa baja
-0.001 a 0.19	Correlación negativa muy baja
0	Correlación nula
+ 0.01 a 0.19	Correlación positiva muy baja
+ 0.2 a 0.39	Correlación positiva baja
+ 0.4 a 0.69	Correlación positiva moderada
+ 0.7 a 0.89	Correlación positiva alta
+ 0.9 a 0.99	Correlación positiva muy alta
+ - 1	Correlación positiva grande y perfecta

** *La relación puede ser directa (+) o inversa (-)*

Fuente:(Martínez y Campos, 2015)