



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

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

Gestión de riesgos y cultura de seguridad del paciente en el personal  
asistencial de un establecimiento III-1, 2023

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORA:**

Rubio Rubio, Erika Geraldine ([orcid.org/0000-0002-5365-7458](https://orcid.org/0000-0002-5365-7458))

**ASESORES:**

Dr. Mejía Pinedo, Davis Alberto ([orcid.org/0000-0002-8790-1682](https://orcid.org/0000-0002-8790-1682))

Mg. Zapatel Arriaga, Luis Roger Ruben ([orcid.org/0000-0001-5657-0799](https://orcid.org/0000-0001-5657-0799))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**TRUJILLO – PERÚ**

**2023**

## DEDICATORIA

Este como todos los logros que he obtenido hasta ahora se los dedico a Dios, motor principal de mi vida, porque un día entendí que con Él todo es posible y sin Él nada.

A mi madre del cielo, La Virgen María, que nunca me ha olvidado y me llena de esperanza día a día.

A mis padres, Zalatiel y Mercy, porque cada uno con su manera de amarme y enseñarme a desenvolverme en la vida me han permitido y ayudado a lograr cada meta que me he propuesto.

A mis hermanos, Jhon y Diego por su compañía y a mis sobrinos, Valentino, Aixa y Emily, a quienes adoro con todo mi corazón y es mi objetivo sembrar en ellos el amor por el estudio y el pensamiento de que todo se puede lograr en esta vida a base de esfuerzo.

Y a mis abuelos, a los que ya partieron y que me dejaron grandes enseñanzas con sus vidas y a la que aún está conmigo, porque con cada abrazo dado me ha llenado de fuerza hasta hoy. Los amo familia.

Erika Geraldine Rubio Rubio

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por regalarme la vida y renovar mis fuerzas cada vez que se agotan.

A mi familia por sus cuidados y amor brindado.

A mis amigos, que están presentes en cada momento importante de mi vida, en especial a mi ranita, por sus palabras de aliento, por compartir conmigo momentos inolvidables y de crecimiento personal.

Y a mis pacientes, que son mi motivo e impulso para seguir superándome día a día como profesional y así poderles brindar lo mejor de mí.

Erika Geraldine Rubio Rubio



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

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

**Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, MEJIA PINEDO DAVIS ALBERTO, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis Completa titulada: "Gestión de riesgos y cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023", cuyo autor es RUBIO RUBIO ERIKA GERALDINE, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 14.00%, 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 Completa 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.

TRUJILLO, 24 de Julio del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MEJIA PINEDO DAVIS ALBERTO <b>DNI:</b> 41490146 <b>ORCID:</b> 0000-0002-8790-1682	Firmado electrónicamente por: DAMEJIAP14 el 30- 07-2023 14:55:49

Código documento Trilce: TRI - 0614001



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

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

**Declaratoria de Originalidad del Autor**

Yo, RUBIO RUBIO ERIKA GERALDINE estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Gestión de riesgos y cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 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

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
ERIKA GERALDINE RUBIO RUBIO <b>DNI:</b> 46583529 <b>ORCID:</b> 0000-0002-5365-7458	Firmado electrónicamente por: EGRUBIOR el 24-07- 2023 08:43:15

Código documento Trilce: TRI - 0614002

## 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
RESUMEN .....	viii
ABSTRACT.....	ix
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	4
III. METODOLOGÍA.....	14
3.1 tipo y diseño de investigación .....	14
3.2 variables y operacionalización .....	15
3.3 población, criterios de inclusión y exclusión, muestra, muestreo y unidad de análisis .....	17
3.4 técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	19
3.5 procedimientos.....	20
3.6 método de análisis de datos.....	21
3.7 aspectos éticos.....	21
IV. RESULTADOS .....	22
V. DISCUSIÓN.....	32
VI. CONCLUSIONES .....	38
VII. RECOMENDACIONES .....	40
REFERENCIAS.....	41
ANEXOS	

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b>	Gestión de riesgos en el personal asistencial de un establecimiento iii-1,2023.....	22
<b>Tabla 2</b>	Cultura de seguridad en el personal asistencial de un establecimiento iii-1,2023.....	23
<b>Tabla 3</b>	Nivel de gestión de riesgo y cultura de seguridad del paciente.....	24
<b>Tabla 4</b>	Identificación del riesgo y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un hospital iii-1, 2023.....	25
<b>Tabla 5</b>	Análisis y evaluación del riesgo y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un hospital iii-1, 2023.....	26
<b>Tabla 6</b>	Planificación e implementación del riesgo y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un hospital iii-1, 2023.....	27
<b>Tabla 7</b>	Seguimiento y revisión y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un hospital iii-1, 2023.....	28
<b>Tabla 8</b>	Medidas de correlación entre las puntuaciones de cada dimensión de la variable gestión del riesgo con la puntuación total de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un hospital iii-1, 2023.....	30

## RESUMEN

El presente estudio planteó como objetivo principal determinar la existencia o no de una relación entre la gestión de riesgos y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023. Sobre la metodología empleada, se realizó un estudio de investigación cuyo enfoque fue cuantitativo, de nivel básico, tipo correlacional, de diseño no experimental y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 30 profesionales asistenciales del área de consultorios externos, entre ellos médicos, licenciados de enfermería, técnicos de enfermería y tecnólogos médicos; quienes fueron encuestados utilizando como instrumentos dos cuestionarios; el primero que medía el nivel de gestión de riesgos y el segundo que evaluaba el nivel de cultura de seguridad. Los resultados obtenidos fueron que el 83.3% de casos se clasificó dentro del nivel medio de gestión de riesgos y el 96,7% presentó un nivel medio de cultura de seguridad del paciente. Finalmente fue posible concluir afirmando la presencia de relación alta y directa entre las dos variables, dado el valor del coeficiente de Pearson de 0,852 y el nivel de significancia de  $p < 0,01$ .

**Palabras clave:** gestión, riesgos, cultura de seguridad.

## ABSTRACT

The main objective of this study was to determine the existence or not of a relationship between risk management and the culture of patient safety in the healthcare personnel of an establishment III-1, 2023. Regarding the methodology used, a study of research whose approach was quantitative, basic level, correlational type, non-experimental design, and cross section. The sample consisted of 30 healthcare professionals from the outpatient clinic area, including physicians, nursing graduates, nursing technicians, and medical technologists; who were surveyed using two questionnaires as instruments; the first that measured the level of risk management and the second that evaluated the level of safety culture. The results obtained were that 83,3% of cases were classified within the medium level of risk management and 96,7% presented a medium level of patient safety culture. Finally, it was possible to conclude by affirming the presence of a high and direct relationship between the two variables, given the value of the Pearson coefficient of 0.852 and the level of significance of  $p < 0.01$ .

**Keywords:** risk management, safety culture.

## I. INTRODUCCIÓN

Dentro del grupo de determinantes de una atención sanitaria de calidad en un establecimiento, está considerada la seguridad que se le ofrece al usuario, la cual es considerada a su vez, mundialmente, como una dificultad en lo que a salud pública se refiere. Está definida como la agrupación de elementos estructurales, procesos, herramientas y métodos que buscan prevenir y reducir la probabilidad que cuando una persona sea atendida en una institución sanitaria, sufra un daño, así como a minimizar las consecuencias de este, en caso de que suceda; ya que estos se incluyen dentro de la primera decena de causas de muerte y discapacidad a nivel mundial. (Martínez, 2017).

Se conoce que a nivel mundial cuatro de cada diez personas padecen perjuicios en la atención sanitaria primaria y ambulatoria, los cuales tienen que ver con el diagnóstico, la elaboración del plan terapéutico y empleo de insumos farmacológicos. Y de estos daños, del 50 al 80% son prevenibles. Teniendo en cuenta estas cifras, nada despreciables, es que, en el año 2004, la OMS oficializa la “Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente”. (OMS, 2019)

Este tema viene incrementando su importancia en muchos países desarrollados incluso latinoamericanos, es así como en el 2010 se llevó a cabo, por vez primera, una investigación sobre la prevalencia de estos eventos adversos en hospitales de países latinoamericanos (IBEAS) y se consideró el primer paso necesario para avanzar en la seguridad de los pacientes, teniendo como participantes a Argentina, Costa Rica, Colombia, México y Perú; siendo liderados cada uno por su respectivo Ministerio de Salud. Gracias a este estudio se logró fortalecer a una cantidad importante de profesionales de salud cualificados en seguridad del paciente; lo que repercutirá en el futuro del sector salud en América Latina. (Choquehuanca, 2022)

Participaron cinco hospitales peruanos, de los cuales tres pertenecían al MINSA y dos a EsSalud y se obtuvo como resultado un total de 11.6% de eventos adversos prevalentes, de los que el 68.10% se pudieron prevenir, lo que se considera una razón suficiente para impulsar el desarrollo de una cultura de

seguridad que se base en el aprendizaje a partir del análisis del error. Este análisis es afectado por la carencia de notificación de efectos adversos, siendo estos ocultados por diferentes razones.

Mientras tanto, el Ministerio de salud como principal ente rector del sistema sanitario peruano, ha venido implementado algunas estrategias y medidas para ofrecerle al paciente una atención segura; entre ellas están el desarrollo de planes en el ámbito nacional que promueven la cultura de seguridad fortalecida y direccionada a disminuir los escollos en las IPRESS, integrando como una de sus estrategias el diseñar un sistema para identificar, registrar, notificar, procesar y analizar los eventos adversos. (Guevara, 2018)

Conviene subrayar que no existe aún un sistema donde puedan reportarse e investigarse. Durante la Supervisión Nacional de nosocomios, realizada en el año 2012, la Defensoría del pueblo descubrió que apenas 10 de 62 establecimientos realizan una notificación y analizan los eventos adversos ocurridos, mediante un sistema.

Por otro lado, reconociendo que existen riesgos sanitarios a los que la población está expuesta durante su atención es que se establece una estrategia dentro de la política sanitaria, que es la gestión de los riesgos sanitarios, cuya base es el trabajo coordinado entre la oferta del sistema de salud y otros sectores con la finalidad de reconocer, evaluar, medir, actuar y realizar el seguimiento y vigilancia de los riesgos sanitarios a los que están expuestas las personas, familias y comunidades. (MINSAL,2020)

Por lo que se refiere al establecimiento III-1, al que hace referencia el presente trabajo, se evidenció que no existe una adecuada gestión de riesgos, puesto que no cuenta con un programa, como consecuencia de esto, los pacientes están expuestos a ser dañados física o psicológicamente, de manera imprevisible mientras son atendidos; así como el profesional asistencial puede ser sancionado de manera administrativa, civil o penal, con daño a su prestigio profesional.

Por estas razones, se formuló la incógnita de la presente investigación: ¿Hay relación entre la gestión de riesgos y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1 durante el año 2023?

En cuanto a la justificación del presente trabajo, esta se basó en que se considera necesario conocer la seguridad del paciente y cómo se manejan, actualmente, los diversos riesgos asechan a los pacientes. Ya que, según los datos brindados por la OMS, a nivel mundial, cuatro de cada diez personas son afectadas mientras reciben atenciones de salud de manera ambulatoria. Por esta razón, es primordial empoderar al personal asistencial a forjarse una adecuada cultura de seguridad del paciente, así como gestionar adecuadamente los peligros que pueden vulnerar a las personas que se atienden en este establecimiento, con esto se favorece el aprendizaje y se prevendría la mayoría de estos eventos, perfeccionando las atenciones en cuanto a calidad.

Razón por la cual se propuso como objetivo principal, establecer si hay relación entre la gestión de riesgos y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023.

Asimismo, para alcanzar el objetivo principal, se diseñaron objetivos específicos; tales como, definir la gestión de riesgos del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023; calificar la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023; conocer si hay relación entre la dimensión de identificación del riesgo y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023; establecer si hay relación entre la dimensión de análisis y evaluación del riesgo y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023; determinar si hay relación entre la dimensión de planificación e implementación de la respuesta a los riesgos y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023 y por último, identificar si hay relación entre la dimensión de seguimiento y revisión y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023.

Como hipótesis se planteó la existencia de relación significativa entre la gestión de riesgos y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023.

## II. MARCO TEÓRICO

Se han encontrado diferentes estudios que se han tomado como precedentes, en el ámbito internacional, Vasco (2017), realizó una investigación transversal, descriptiva, observacional, en la que se escogió como propósito estudiar la cultura de seguridad en licenciados de enfermería del hospital de Mérida. La muestra estuvo conformada por 192 enfermeros y los datos se consiguieron mediante un cuestionario que se modificó de acuerdo con la variante procedente de España del hospital *surven on patient safety culture*. Encontrando que, de la totalidad de la muestra, el 85.4% no había informado el acontecimiento de situaciones negativas en el último año. Los enfermeros manifestaron una percepción sobre cultura de seguridad que fue positiva. El autor concluyó que se debe encuestar cada año o cada dos años para poder estudiar el efecto de las correcciones establecidas.

A su vez, Lima et al. (2020), emprendieron un estudio transversal en una maternidad pública de Piauí (Brasil), cuyo objetivo fue valorar la cultura de seguridad del paciente y todo lo concerniente a sus dimensiones, en 69 enfermeros, quienes respondieron un formulario de preguntas sobre cultura de seguridad. Los frutos de este estudio fueron que entre el 33 y 69.6% de puntuaciones favorables correspondieron al aprendizaje organizacional, trabajo en equipo entre unidades y respuestas no punitivas al error; mientras que los puntajes más bajos se les dieron a las dimensiones de transferencias internas, cambio de programación de turno y la frecuencia en que ocurrían los eventos. De esta manera, llegaron a la conclusión que existía debilidad en cuanto a la cultura de seguridad en las áreas que se encuestaron, por lo que se enfatiza la relevancia de diseñar, con eficacia, medidas que mejoren el nivel de la cultura de seguridad para beneficio de los pacientes que atienden.

En lo que respecta al ámbito nacional, se han desarrollado diferentes estudios, tales como; el de Suárez (2021), una tesis planteada como cuantitativa, correlacional y transversal, la cual buscó estimar la relación de la cultura de seguridad con la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un nosocomio

de la ciudad de Tumbes. Su muestra estuvo conformada por 30 licenciados de enfermería. Usó como herramienta de recolección de datos, un cuestionario. Concluyendo que si existe relación entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos del paciente (Rho de Spearman 0.757); de la misma forma que entre las dimensiones de sus variables.

Asimismo, Guerrero (2021), desarrolló un trabajo no experimental, cuantitativo, correlacional, y de corte transversal, con el propósito de conocer la relación existente entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en 50 licenciadas en enfermería que laboraban en el ambiente de hospitalización de un establecimiento de salud privado en la ciudad de Lima; quienes fueron encuestadas con los cuestionarios para ambas variables. Entre los resultados obtenidos, se encontró la ausencia de relación de la cultura de seguridad del paciente con la gestión del riesgo (nivel de significancia de 0,415).

Por su parte, Mosqueira (2020), realizó una tesis que tuvo como enfoque el cuantitativo, fue no experimental, correlacional y transversal. Estableció como finalidad el identificar la relación de la evaluación de gestión de riesgos con la seguridad del paciente en emergencia de un establecimiento de la ciudad de Cajamarca. La muestra la integraron 65 trabajadores asistenciales del servicio de emergencia, usando como instrumento dos cuestionarios, uno para medir cada variable. Los resultados mostraron que, el 61,5% opinaba la evaluación de riesgos que realizaban en dicho establecimiento era regular y el 53,8% determinó que la seguridad del paciente era alta. Por lo tanto, se concluyó que, existe relación entre la evaluación de riesgos y la seguridad del paciente en el ambiente de emergencia de ese establecimiento, con un nivel de significancia  $<0,05$  y coeficiente de correlación de Spearman 0,624.

Al mismo tiempo, en el marco local, Rivera, et al. (2020), concretizaron una investigación cuantitativa explicativa con el ideal de analizar el impacto que tuvieron las estrategias de supervisión de eventos adversos sobre la seguridad del paciente hospitalizado en un establecimiento de EsSalud trujillano. La muestra la conformaron 47 enfermeras, para recolectar los datos se utilizó el cuestionario

diseñado por la agencia para la investigación y la calidad del cuidado de la salud (AHRQ) para medir la seguridad de los pacientes en hospitales. Sus resultados fueron que las enfermeras presentaron una percepción con nivel medio en cuanto a la seguridad del paciente y a las estrategias de supervisión de los eventos adversos, con el 66% y el 87.2% respectivamente. Como conclusión establecieron que entre las estrategias de supervisión y la seguridad del paciente hay una correlación de grado moderado, y que además estos resultados contribuirán en la satisfacción del paciente logrando una disminución en la recurrencia de eventos adversos.

La OMS conceptúa a la calidad asistencial como aquella asistencia sanitaria en donde se logra identificar los requerimientos de los pacientes de forma integral y/o precisa, en todas sus dimensiones: educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento; para luego destinar tanto los recursos humanos como los que se necesiten para poder cubrir estas necesidades oportunamente y de manera efectiva como se permita.

A su vez, el Consejo Europeo hace referencia a la calidad de atención, desde 1998, como el grado en el que el plan terapéutico brindado a un paciente aumenta sus posibilidades para lograr los resultados deseados, reduciendo la posibilidad de obtener resultados no deseados, tomando en cuenta el estado de conocimiento actual.

Rocco y Garrido (2017) afirman que la calidad asistencial cuenta con dimensiones que pueden estar clasificadas en ocho diferentes categorías, las cuales son: la competitividad profesional, la efectividad, la eficiencia, la posibilidad de acceso, la satisfacción, la adaptación, la evaluación enfocada en cada paciente y la seguridad del mismo, siendo estas dos últimas las más importantes ya que implican la organización de la atención tomando como punto principal al paciente y no al personal que la brinda, así como llevar a cabo una atención sin daños que puedan evitarse, respectivamente. El hablar de seguridad del paciente implica poner en marcha métodos dirigidos a disminuir la factibilidad de que se presenten fallas en el sistema, así como errores de los que brindan la atención, implica

también la potencial detección oportuna de estos errores y así mitigar las consecuencias que puedan ocasionar.

Por otro lado, plantean una analogía entre la acepción de salud y la de seguridad del paciente, afirmando que la salud no es sólo la carencia de enfermedad, así como la seguridad del paciente es solamente la carencia de riesgos, sino que se presenta un constante ciclo de riesgo – seguridad, que nos invita a enfocar varios niveles elaborando estrategias que fortalezcan la seguridad, disminuyendo así los riesgos.

La seguridad asistencial se fundamenta en la conjetura del error planteado por Reason y también en la cultura de seguridad; esta establece que el ser humano puede fallar a pesar de sus esfuerzos por no hacerlo, en cualquier momento pueden surgir errores y esta es una razón necesaria para que haya una modificación en los procesos, de manera que puedan hacerse más resistentes a cometer errores y facilitarles estrategias con las cuales estos errores puedan detectarse de manera oportuna. Mientras que la cultura de seguridad no implica un castigo, sino que en ella existe la obligación tanto de los individuos como de las instituciones de brindar protección, aplicando las mejores técnicas y presentando con un ambiente de seguridad despejado y con la certidumbre recíproca de que las fallas son vistas como una herramienta para poder aprender y no de culpar.

Aldana et al. (2019) mencionan que la cultura de seguridad del paciente está relacionada con las causas que provocan los acontecimientos perjudiciales que se pueden evitar: primero, la falibilidad humana, ya que a pesar de que los profesionales sanitarios estén capacitados, en ocasiones trabajan en un sistema inadecuado por lo que están más propensos hacer lo incorrecto y les resulta más difícil lo correcto; segundo, la complejidad de los procesos en salud ya que si estos fuesen más cortos y menos complejos podrían disminuirse de manera considerable los errores; tercero, las deficiencias de los sistemas, ya que al presentarse condiciones poco seguras en el sistema sanitario (errores latentes) pueden causar daño en algún momento al paciente como por ejemplo el trabajar en turnos prolongados; cuarto, la vulnerabilidad de las barreras de defensa que evitan que los errores que se puedan producir causen daño al paciente.

Agra, Y (2014), hace referencia a que la seguridad del paciente es el decrecimiento del peligro de perjuicio que se relaciona con una atención en salud hasta el mínimo aceptable, lo cual incluye la necesidad de diseñar estrategias de manera continua para disminuir, prevenir y mantener el control del daño ocasionado en una atención de salud. Esto se puede dar en diferentes niveles; a nivel profesional, empleando prácticas sanitarias y procedimientos de forma segura para aminorar la probabilidad de afectar al paciente. A nivel institucional, equipando los establecimientos sanitarios según las normas y estándares que disminuyan los probables riesgos para los pacientes y profesionales. A nivel político tanto nacional como internacional, realizando la planificación de estrategias que se centren en la seguridad del paciente dentro de las tácticas salubres.

El Ministerio de Salud (MINSA), 2020, en la norma técnica que trata sobre los grupos de vigilancia de la seguridad del paciente enfocada a la gestión del riesgo en la asistencia sanitaria, se brinda la definición para la cultura de seguridad, refiriendo que es la integración del proceder personal y del establecimiento, que se basa en convicciones y virtudes compartidas, enfocadas a mermar lo más que se pueda las probabilidades de que se produzca el daño en un paciente, producto de su atención en salud. Asimismo, menciona a la seguridad del paciente como, la simplificación de la probabilidad de padecer daños innecesarios que se relacionan con la asistencia en un establecimiento de salud, con los recursos de los que se dispone y con el escenario en donde se desarrolla la atención; equilibrada en contraparte con la amenaza que implicaría el dejar de administrar tratamiento o de administrar otro.

En el intento de fortalecer esta cultura de seguridad es que se aprueba la directiva para la ronda de seguridad del paciente, la cual es una herramienta de evaluación de las prácticas correctas de la atención sanitaria, que consiste en una visita coordinada a una unidad de un establecimiento de salud seleccionado al azar, está dirigido por el que posee mayor jerarquía en esa área, para reconocer acciones poco seguras mientras se asiste al paciente, siempre con actitud educativa y no punitiva. (MINSA, 2020)

La AHRQ establece doce dimensiones que permiten la evaluación de la cultura preventiva en el paciente, las cuales se encuentran agrupadas en diferentes conjuntos, entre ellos están: el clima de seguridad, que refleja la situación sanitaria y de la cultura de seguridad de los pacientes y depende de lo que sucede día a día en la institución. Además, incluye a dos dimensiones, la periodicidad en la que ocurren los acontecimientos que se notifican y la percepción global de seguridad; refiriéndose esta última a la apreciación que tiene cada profesional de salud sobre la ejecución de la política de seguridad del paciente. Otro grupo es la labor grupal que incluye las dimensiones de labor en equipo en la unidad o servicio y entre unidades o servicios. Un tercer grupo lo conforma la comunicación, que abarca las dimensiones de una comunicación abierta, que informa al personal sobre los errores de la unidad o servicio. También está el grupo de gestión y dirección que incluye las dimensiones de aprendizaje organizacional para el superar progresivo de la seguridad, la suficiencia, accesibilidad y gestión, respaldo del área directiva para la seguridad del paciente, la respuesta no castigadora frente a los errores, percepción del personal. Por último, el grupo de supervisión que abarca las dimensiones de respuesta no castigadora a los errores, percepción del personal, dificultades en el traslado de pacientes o cambio de día laboral y acciones del controlador para impulsar la seguridad de los pacientes.

La cultura de seguridad se clasifica en positiva o negativa; es positiva cuando las acciones, comportamientos y percepciones en la asistencia del usuario son buenas y minimizan algún tipo de perjuicio, asegurando la protección de la institución; es negativa cuando no existe lo antes mencionado, generando así una debilidad para el sistema sanitario.

En el ejercicio de las atenciones en salud existen diferentes términos, algunos imprecisos y poco uniformes cuando aluden a eventos adversos, siendo frecuentes términos como los de “incidente”, “iatrogenia”, “error médico”, “complicación”; cuyo origen es el afán de cuantificarlas según la frecuencia o gravedad, si existe daño o no, la causa, su previsibilidad, entre otros. Es necesario uniformizar la terminología con el fin de instaurar flujo de prevención que se base en la toma de información homogénea, procesamiento de esta, para la evaluación y discusión respectiva.

Chomalí (2003), define un evento adverso como aquel que es imputable a la asistencia de salud y no al que se deriva de patología de la cual está siendo tratada el paciente o de su estado basal de salud. Estos acontecimientos pueden haber ocasionado o no una afectación, y no necesariamente ser atribuidos a una falla, o ser causados por los profesionales, la institución o por factores técnicos. Presentándose estos casos, nos deberían preocupar aquellos eventos que se atribuyen a errores, ya que pueden ser prevenibles.

Dentro de los factores humanos que se consideran causantes del evento adverso encontramos: la imprudencia, que se refiere a la omisión de precauciones que deberían tenerse en cuenta durante la atención; la negligencia, es decir un descuido u omisión y la impericia, que es la falta de experiencia, práctica, conocimiento o habilidad. Asimismo, estos factores pueden estar causados por problemas de conocimiento, formación, comunicación, estrés, etc.

Conociendo que estos eventos adversos suelen ocurrir de forma aleatoria, si es posible conocer y/o identificar las áreas de mayor riesgo, con el fin de desarrollar estrategias enfocadas en la prevención y de esta manera disminuir el costo que se asume cuando ocurren. Estas estrategias incluyen el acrecentamiento de un programa de gestión de riesgos, para lo cual debería considerarse la creación de un área o unidad que cuente con profesionales capacitados para asignarles esta función; asimismo contar con una adecuada táctica laboral y poner en marcha un plan cuya finalidad sea la seguridad del paciente, la cual se busque mediante la previsión de los acontecimientos negativos.

Chomalí (2003), define la gestión de riesgos como el conjunto de acciones orientadas a disminuir las posibilidades de la ocurrencia de eventos adversos, si bien es cierto no puede garantizarse su ausencia, si se puede lograr que cuando ocurran se encuentren dentro de los costos sostenibles. Con esto, se intenta reducir los riesgos prevenibles y para aquellos que no pueden prevenirse, se toman las medidas necesarias; tales como, la transferencia, a través de los consentimientos informados, el aseguramiento, mediante los contratos de seguros de responsabilidad civil; además del mejoramiento del aspecto jurídico de un caso particular.

Por otro lado, el MINSA, 2020, en su documento técnico sanitario sobre los grupos de vigilancia de seguridad del paciente enfocado a la gestión del riesgo en la atención de salud, define gestión de riesgo como el procedimiento que ayuda, una vez identificado el riesgo, a que se puedan aplicar las medidas oportunas y adecuadas para disminuir lo más que se pueda determinados riesgos y a su vez, disminuir el impacto que puedan ocasionar, a la vez que se adquieren los logros deseados.

El programa de gestión de riesgos tiene como objetivos. incrementar la calidad en el trato de las personas que buscan una atención sanitaria, logrando que estas últimas sean más seguras; aminorar el coste de las asistencias sanitarias mediante la disminución de los sucesos adversos; y en consecuencia, prevenirlos reclamos y medidas legales que puedan ejecutarse contra los profesionales de la salud.

Hay diferentes aspectos que deben abordarse al momento de implementar el plan de gestión de riesgos, como, por ejemplo; la investigación que debe realizarse respecto al diagnóstico, riesgos en las distintas especialidades, procedimientos o técnicas utilizadas, profesionales que se afectan; así como el análisis de las etapas concernientes a los servicios de salud que se prestan.

Otro aspecto a considerar es la difusión y formación, la difusión está relacionada con la comunicación interna de la institución, compartir la información recolectada mediante investigaciones y estudios, tanto de casos individuales como grupales, la adquisición de nuevas medidas preventivas y por último, la formación mediante la capacitación continua.

Por todo lo mencionado previamente, se tiene claro que la vía con mayor eficacia de afrontar los eventos adversos es evitando su ocurrencia, por lo tanto, cada vez que se presenten, la información obtenida debe ser utilizada para poder anticipar y prevenir una nueva ocurrencia de estos.

En un primer momento, en lo que concierne al plan para la gestión riesgos, se intenta escrudiñar cuáles son los sucesos perjudiciales que se producen en el interior del establecimiento, la frecuencia con la que se producen y sus condicionantes. Los eventos adversos nos brindan información sobre el perfil de morbilidad de los pacientes, el grado de complejidad del establecimiento, y de las cualidades de los profesionales que laboran allí.

Entre los recursos a los que se pueden recurrir para conocer los eventos adversos, está el reporte de los mismo, el cual es la fuente más importante dentro de la institución, Este reporte debe cumplir con las características de: voluntario, confidencial y no punitivo. Para conseguir esto, se necesita que haya credibilidad entre los profesionales y a su vez, entre ellos y la dirección del establecimiento. Dicho reporte tiene como objetivos el manejo particular del caso, incluyendo el aspecto médico legal. y el otro objetivo es que va a permitir que se identifiquen los problemas que influyen en su ocurrencia. Otro recurso son las reclamaciones judiciales y extrajudiciales, su utilidad radica en la existencia de canales disponibles para que los pacientes puedan manifestar su malestar con los procesos y/o resultados de los servicios recibidos. Y un tercer recurso sería la exploración sistematizada de dichos eventos mediante la programación de supervisiones frecuentes de circunstancias que se definen como “no esperables”, dentro de las que se pueden considerar: hospitalizaciones repentinas, cirugías continuas realizadas en un solo paciente y que no estaban programadas, consultas a repetición, no programadas, aumento de días de estancia hospitalaria, etc.

En la siguiente etapa del programa, se necesita sistematizar la información, agrupándola en criterios como: presencia de daño, si fue productor de un error, según los factores relaciones con su ocurrencia, etapa del proceso en que ocurre y clasificarlos según la frecuencia, impacto y consecuencias que ocasionan.

Al sistematizar esta información se hace más factible poder identificar cuál de todos los servicios y/o procedimientos ofrecidos presentaron riesgo elevado y los probables desencadenantes relacionados con su ocurrencia.

Una vez recolectada la información, debe ser difundida para ser verdaderamente útil en prevenir que se produzcan eventos adversos, asimismo, se debe notificar a los trabajadores relacionados en la elección de alternativas respecto a las atenciones sanitarias, con el propósito de discutir y acordar nuevas estrategias preventivas, que pueden ser cambios en la conducta y/o técnicas o cambios a nivel de la institución.

Para difundir dicha información puede ser a través de las reuniones de revisión de casos, reuniones clínicas, generales o por especialidad.

Agra Y (2014), establece dimensiones para la gestión de riesgos, las cuales se dan en fases, en la primera fase hace referencia a la identificación del riesgo, la segunda fase se encuentra el análisis y la evaluación del riesgo. En la tercera fase menciona a la estructuración y a la realización de las acciones frente a los riesgos, implementando un plan de contingencia para solucionar cada situación, el propósito será evitar y/o reducir los riesgos, así como minimizar las consecuencias de los mismos. Por último, en la fase cuatro se habla sobre el seguimiento y la revisión, en la cual se hace la evaluación de las acciones que se implementaron, se verifica si los objetivos planteados se están alcanzando y se realiza la elaboración de informes. Esta verificación sirve para controlar otros riesgos. Dentro de las herramientas que pueden utilizarse están los gráficos de control.

Camargo et al. (2014), en su teoría desarrollada, mencionan que es importante implementar una estrategia, global y que abarque múltiples dimensiones, que plantee como objetivo principal de la institución el incrementar en calidad las asistencias sanitarias; lo cual tendrá como resultado final el mejoramiento de las capacidades locales, de la gestión de riesgos, así como una cultura de seguridad con mayor nivel y por último la mejora de los sistemas de información. Asimismo, sugieren que, a través de la investigación, se pueden proponer estrategias que eviten la ocurrencia de fallas, empoderando así la cultura organizacional y con eso los eventos adversos experimentarán una reducción, mejora de la calidad y será una atención segura.

Asimismo, Euteneir, A. (2019), en su teoría propone que la gestión del riesgo tiene que enfocarse tanto en la prevención de los eventos centinela como en la disminución de las complicaciones cotidianas y evitables. Esto se verá reflejado no sólo en que el usuario recibirá una atención más segura, sino que también brinda protección a los trabajadores de las consecuencias negativas que puedan generarse.

Comprendiendo entonces que los profesionales sanitarios aportan de manera importante al bienestar y salud de la población, se puede concluir que al tener ellos una adecuada y bien establecida cultura de seguridad, se favorece a la disminución del riesgo en sus atenciones y por ende mejora en su calidad de atención.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo y diseño de investigación**

##### **3.1.1 Tipo de investigación**

Por lo mencionado por Muntané, J. (2010), corresponde a un nivel básico, pues busca la adquisición de conocimientos nuevos acerca de un hecho observable sin confrontarlos con ningún fundamento práctico.

Es de enfoque cuantitativo, que según Ramos (2020), son aquellos en donde se aplican procesos estadísticos que incluyen inferencias y a la vez pretenden extrapolar los hallazgos que se obtengan con la finalidad de beneficiar a toda la población.

##### **3.1.2 Diseño de investigación:**

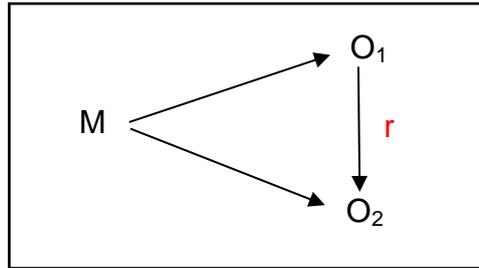
Se clasifica como un diseño no experimental, a causa de que no se realizó manipulación de las variables; es de corte transversal, debido a que la relación en cuanto a la temporalidad entre la exposición y el efecto fueron medidas al mismo tiempo, siendo imposible determinar una direccionalidad en temporalidad. (Cvetkovic, A., 2021)

A su vez fue de tipo correlacional, pues como menciona Sánchez (2018), se intentó demostrar el vínculo entre las dos variables que se escogieron para estudiar y a su vez buscó determinar causalidad.

El diseño de las variables se plasmó en el siguiente esquema:

Variable 1: Gestión del riesgo

Variable 2: Cultura de seguridad en el personal asistencial



Dónde:

M = Personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023

O<sub>1</sub> = Variable 1: Gestión de riesgos.

O<sub>2</sub> = Variable 2: Cultura de seguridad del paciente.

r = Relación entre variables de estudio.

### 3.2 Variables y operacionalización

#### Variable 1: Gestión de riesgos

##### Definición conceptual:

Es el procedimiento que ayuda, una vez identificado el riesgo, a que se puedan aplicar las medidas oportunas y adecuadas para disminuir lo más que se pueda determinados riesgos y a su vez, disminuir el impacto, mientras se adquieren los frutos deseados. (MINSA, 2020).

##### Definición operacional:

Agra Y. (2014) define las dimensiones de la gestión de riesgos en cuatro fases; la identificación del riesgo, el análisis y la evaluación del riesgo, la planificación e implementación de respuesta al riesgo y el seguimiento y la revisión.

##### Indicadores:

Para esta variable se consideraron un total de 22 indicadores, los cuales están agrupados dentro de cada dimensión.

**Escala de medición:**

Ordinal.

**Variable 2: Cultura de Seguridad del paciente****Definición conceptual:**

Aranaz, et al. (2018) define que es el cúmulo de virtudes, actitudes, percepciones, competencias y formas de comportamientos personales y grupales que explica la responsabilidad con la gestión sanitaria y la seguridad en la institución, así como la competencia de la mencionada gestión, cuya finalidad es disminuir el impacto negativo durante las atenciones en salud y de esta manera, desarrollar estrategias en seguridad del paciente.

**Definición operacional:**

Camacho (2018), menciona que se puede definir utilizando el formulario de preguntas del Hospital Survey on Patient Safety, el cual facilita obtener información sobre las opiniones en cuanto a las dimensiones e indicadores de la cultura de seguridad del paciente.

**Indicadores:**

Para esta variable se cuenta con 41 indicadores, los cuales también están contemplados dentro de cada dimensión

**Escala de medición:** Ordinal.

(VER ANEXO 01)

### **3.3 Población, criterios de inclusión y exclusión, muestra, muestreo y unidad de análisis**

#### **3.3.1 Población**

Según Pineda (1994), es el grupo de sujetos u objetos de quienes se quiere aprender y conocer algo utilizando el método científico, es decir, una investigación. La integran personas, animales, documentos médicos, muestras de laboratorio, entre otros.

En el presente trabajo de investigación, la población está representada por el número total de personal asistencial de la consulta externa del hospital nivel III-1, es decir, un total de 419 profesionales, los cuales están distribuidos en veinticinco especialidades y según grupos profesionales se encuentran 158 médicos, 131 enfermeras y 30 tecnólogos médicos de rayos y de terapia física y 100 técnicos de enfermería.

#### **Criterios de inclusión:**

Son aquellas particularidades con las que debe contar una persona u objeto de estudio para formar parte del estudio. Al tratarse, en este caso, de seres humanos, es necesaria una aceptación explícita por parte de ellos, a través de un consentimiento informado. (Arias, 2016)

Los criterios que se establecieron para incluir a un participante al presente estudio fueron: Personal asistencial del área de consulta externa en el hospital III-1 y que aceptaron participar de la encuesta.

#### **Criterios de exclusión:**

Arias (2016), hace referencia que los criterios de exclusión son las cualidades que presentan las personas que participarán del

estudio y que pueden alterar los resultados, por lo que se convierten en no elegibles para la investigación. Cabe resaltar que no estas características no necesariamente son contrarias a los criterios que se utilizaron para incluirlos dentro del estudio.

En esta investigación, se planteó como criterios de exclusión: Personal asistencial del área de consulta externa del hospital III-1, que se encontraban de vacaciones y aquellos que no desearon otorgar su consentimiento para participar del estudio.

### **3.3.2 Muestra**

Es el número exacto y necesario de personas u objetos que participarán del estudio que deben incluirse para cumplir con los objetivos planteados. Su tamaño se calcula utilizando fórmulas matemáticas o paquetes estadísticos y es variable, dependiendo del diseño de estudio, hipótesis que se plantean, escalas de medición de sus variables, cantidad de grupos a estudiar, entre otros. (Arias, 2016)

El tamaño muestral para este estudio fue calculado mediante la fórmula para estudios correlacionales propuesta por Norman y Streiner (1998); realizando dicho cálculo, se obtuvo un resultado de 20 participantes. Asimismo, se realizó el prorrateo por profesión para determinar cuántos profesionales de cada gremio serían los participantes y se estableció que se debía incluir a 7 médicos, 6 licenciados de enfermería, 2 tecnólogos médicos y 5 técnicos de enfermería. Pero al haberse trabajado inicialmente la muestra piloto con 30 participantes, se decide fijar dicha cantidad como la muestra final.

Al final este estudio contó con la participación de 10 médicos, 10 licenciados de enfermería, 4 tecnólogos médicos y 6 técnicos de enfermería, es decir, un total de 30 profesionales asistenciales del área de consulta externa y que además cumplieron con los criterios de inclusión; puesto que

el nivel de confiabilidad es alto, el tamaño de muestra requerido es pequeño.  
(Ver anexo 06)

### **3.3.3 Muestreo**

Para esta investigación se empleó un muestreo probabilístico, aleatorio simple, pues todos los profesionales asistenciales del área de consulta externa, quienes conforman la población, tuvieron la misma posibilidad de ser considerados. Esto quiere decir, que la probabilidad de elegir a cada profesional no depende de la probabilidad que tienen los demás profesionales. (Otzen, Manterola, 2017).

### **3.3.4 Unidad de análisis**

Cada personal asistencial que pertenece al área de consulta externa en el Hospital III-1.

## **3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Tamayo (1999) menciona que las técnicas son la manifestación desde el punto de vista operacional del diseño de investigación y que detalla específicamente cómo se realizó el estudio; a partir de eso, puede deducirse que son las diferentes maneras de realizar la observación, para lograr recoger la información necesaria.

En el caso de este estudio se hizo uso de la encuesta, que según Hernández Sampieri (1997) consiste en un grupo de interrogantes elaboradas respecto a la variable que se desea medir.

Por otra parte, un instrumento corresponde a la herramienta mediante la cual la información es recogida y que tiene como punto de partida la estructuración de una técnica determinada y un grupo de métodos ya escogido. (Hernández y Duana, 2020).

En el caso de la primera variable, gestión de riesgos, se destinó como instrumento un cuestionario fue elaborado por Mosqueira Moreno Roberto Pelayo y adaptada y validada por Guerrero Mendoza Yuriko Alexandra. Dicho cuestionario cuenta con cuatro dimensiones y veintidós ítems. Además, utiliza la escala de likert. A su vez, contiene niveles y rangos; los cuales son, bajo de 22 a 40, medio de 42 a 70 y alto de 81 a 110.

Para la variable de cultura de seguridad del paciente, se utilizó por instrumento, el cuestionario de la Hospital Survey for Patient Safety; el cual fue modificado, adaptado y validado por Guerrero Mendoza Yuriko Alexandra, contando con 12 dimensiones y 42 ítems y las respuestas contiene alternativas según la escala de Likert. También se clasificó en tres niveles y rangos; bajo de 42 a 70, medio de 71 a 139 alto de 140 a 210.

#### **Validación y confiabilidad:**

Para ambos instrumentos se empleó como medio de confiabilidad el Alpha de Cronbach, cuyo resultado fue alto para ambos cuestionarios; se obtuvo un valor 0,854 para el cuestionario de gestión de riesgos y 0,829 para el de cultura de seguridad del paciente. Al analizar la correlación entre ambas pruebas, a partir de la muestra piloto, se obtuvo un valor de 0,872; esto significa que la correlación entre ambos es alta y por lo tanto ambos son confiables. (Ver anexo 07)

### **3.5 Procedimientos**

Como primer paso, se informó a los profesionales de salud sobre el desarrollo de la investigación y los objetivos planteados, para los que aceptaron participar y que cumplían con los criterios para ser incluidos, se les entregó el consentimiento informado para que pueda ser firmado por cada uno de ellos. Una vez firmados, se procedió a explicar y aplicar los dos instrumentos, uno por cada variable. Dichos cuestionarios conservaban el anonimato de cada participante.

### **3.6 Método de análisis de datos**

Terminada la recolección de información, mediante los instrumentos aplicados para nuestras variables de estudio, se continuó con el procesamiento de esta, de manera automatizada utilizando el software SPSS versión 27, mediante el cual se tabularon los datos y se realizó el análisis de las variables empleando herramientas como las tablas de frecuencias y porcentajes. Se utilizó estadística descriptiva, tablas cruzadas, la prueba de normalidad de Shapiro - Wilk (por el tamaño muestral) y para determinar la correlación se hizo uso del coeficiente de Pearson.

### **3.7 Aspectos éticos**

Considerando la importancia del cumplimiento de los preceptos de ética y bioética en los trabajos de investigación, como los que se detallan en el informe de Belmont (1963), y son la autonomía, justicia, privacidad, reputación y seguridad de los participantes de la investigación; se buscó aplicarlos en esta investigación. Asimismo, se tomaron en cuenta parámetros éticos establecidos a nivel internacional en cuanto a investigación biomédica humana, entre los que están: los principios de Helsinki (2017) y la convención CIOMS (2002). Ambos incluyen el cuidado de los sujetos en estudio, y obtener su consentimiento para participar y ser incluidos, aceptándolo mediante la colocación de su rúbrica en el consentimiento informado (CIOMS, 2002). De la misma forma, se cumplió con lo dispuesto por la Universidad César Vallejo en cuanto a la honestidad y originalidad del trabajo, utilizando la herramienta Turnitin, la cual determina la compatibilidad con otros trabajos pertenecientes a su base de datos, superando satisfactoriamente este requisito.

#### IV. RESULTADOS

En esta parte del trabajo se presentaron y analizaron los hallazgos encontrados después de haber procesado la información recopilada mediante los instrumentos aplicados para medir las variables es estudio. Dichos resultados fueron presentados mediante tablas estadísticas según los objetivos planteados previamente en esta investigación.

**TABLA 1**

*Gestión de Riesgos en el personal asistencial de un establecimiento III-1,2023*

Nivel	Nº	%
Alto	0	0,0
Medio	25	83,3
Bajo	5	16,7
Total	30	100,0

*Nota:* Fuente: base de datos

La primera tabla mostró el nivel de gestión de riesgos con el que contaba el personal asistencial. Representando el 83,3% a un nivel medio, mientras que en un 16,7% el nivel fue bajo y no se encontró nivel alto de gestión de riesgos en los participantes de este estudio

**TABLA 2***Cultura de Seguridad en el personal asistencial de un establecimiento III-1,2023*

Nivel	Nº	%
Alto	0	0,0
Medio	29	96,7
Bajo	1	3,3
Total	30	100,0

*Nota:* Fuente: base de datos.

La siguiente tabla mostró resultados concernientes al nivel de cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial, en donde se evidenció que un 96,7% de los profesionales tiene un nivel medio, seguido de un 3,3 % que presentan bajo nivel y en ningún caso estuvo presente un alto nivel.

**TABLA 3***Nivel de Gestión de riesgo y cultura de seguridad del paciente*

Cultura de seguridad del paciente	Gestión del riesgo					
	Medio		Bajo		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medio	25	<b>100,0</b>	4	<b>80,0</b>	29	96,7
Bajo	0	<b>0,0</b>	1	<b>20,0</b>	1	3,3
<b>TOTAL</b>	25	100,0	5	100,0	30	100,0

*Nota:* Fuente: base de datos

Posteriormente, al intentar esclarecer la correlación que involucra a la gestión de riesgos y a la cultura de seguridad, se presentó la tabla N°03. En donde se mostró que el 100% de los participantes que reconocieron tener un nivel medio de gestión de riesgos, tuvieron también un nivel medio de cultura de seguridad del paciente; mientras que del 100% de profesionales que aceptaron tener un nivel bajo de gestión de riesgos, el 80% tuvo un nivel medio de cultura de seguridad del paciente, en contraste con el 20% que tuvo un nivel bajo de la misma.

**TABLA 4**

*Identificación del riesgo y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un hospital III-1, 2023*

		<b>D1: Identificación del riesgo</b>		
			Nivel Medio	Total
<b>Cultura de Seguridad</b>	Nivel medio	Recuento	29	29
		% dentro de GR_d1	96,7%	96,7%
	Nivel bajo	Recuento	1	1
		% dentro de GR_d1	3,3%	3,3%
	Total	Recuento	30	30
		% dentro de GR_d1	100,0%	100,0%

*Nota:* Fuente: base de datos

A continuación, se muestra la tabla N° 04, la cual muestra información sobre la relación existente entre la identificación del riesgo (primera dimensión de la gestión de riesgos) con la cultura de seguridad del paciente; encontrándose que un 96,7% presenta un nivel medio tanto para la identificación del riesgo como para la de cultura de seguridad; mientras que un 3,3% presenta un nivel medio en la dimensión de identificación del riesgo y un nivel bajo de cultura de seguridad.

**TABLA 5**

*Análisis y evaluación del riesgo y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un hospital III-1, 2023*

		<b>D2: Análisis y evaluación del riesgo</b>		
			Medio	Total
<b>Cultura de seguridad</b>	Nivel medio	Recuento	29	29
		% dentro de GR_d2	96,7%	96,7%
	Nivel bajo	Recuento	1	1
		% dentro de GR_d2	3,3%	3,3%
	Total	Recuento	30	30
		% dentro de GR_d2	100,0%	100,0%

*Nota:* Fuente: base de datos

Mientras que, en la tabla 05, se expresan los valores obtenidos al cruzar el análisis y evaluación del riesgo con la cultura de seguridad, evidenciándose que el 96,7% de casos presentó un nivel medio tanto de análisis y evaluación del riesgo como de cultura de seguridad, por otro lado, el 3,3% presentó un nivel medio de análisis y evaluación del riesgo con un nivel bajo de cultura de seguridad.

**TABLA 6**

*Planificación e implementación del riesgo y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un hospital III-1, 2023*

		<b>D3: Planificación e implementación</b>			
			Alto	Medio	Total
<b>Cultura de Seguridad</b>	Nivel medio	Recuento	3	26	29
		% dentro de GR_d3	100,0%	96,3%	96,7%
	Nivel bajo	Recuento	0	1	1
		% dentro de GR_d3	0,0%	3,7%	3,3%
<b>Total</b>		Recuento	3	27	30
		% dentro de GR_d3	100,0%	100,0%	100,0%

*Nota:* Fuente: base de datos

Los valores que se expresados en esta tabla nos permiten determinar que, el 100% de los que tuvieron un nivel alto en planificación e implementación presentaron a su vez una cultura de seguridad de nivel medio; mientras que un 96,3% que obtuvo un nivel medio de planificación e implementación, tuvo también un nivel medio de cultura de seguridad. Finalmente, sólo el 3,7% que tuvo un nivel medio de planificación e implementación, manifestó un nivel bajo de cultura de seguridad.

**TABLA 7**

*Seguimiento y revisión y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un hospital III-1, 2023*

		<b>D4: Seguimiento y revisión</b>		
			Medio	Total
<b>Cultura de Seguridad</b>	Nivel Medio	Recuento	29	29
		% dentro de GR_d4	96,7%	96,7%
	Nivel bajo	Recuento	1	1
		% dentro de GR_d4	3,3%	3,3%
	Total	Recuento	30	30
		% dentro de GR_d4	100,0%	100,0%

*Nota:* Fuente: base de datos

La tabla 7 expresa la información sobre la relación entre la dimensión de seguimiento y revisión con la cultura de seguridad. Se obtuvo que, el 96,7% presentó un nivel medio tanto en dicha dimensión como en la cultura de seguridad; mientras que un 3,3% de los participantes tuvo un nivel medio de seguimiento y revisión con un nivel bajo de cultura de seguridad. El coeficiente de Pearson para estos datos cruzados fue de 0,900, lo que nos permite aseverar que, si existe relación entre ambas y que es estadísticamente significativa, pues tuvo un valor de  $p < 0,01$ .

### **Análisis de normalidad:**

La muestra de esta investigación corresponde a un número menor de cincuenta participantes, por lo que se ejecutó la prueba de Shapiro - Wilk para poder determinar si la distribución sigue una normalidad, obteniendo como resultado un nivel de significancia mayor a 0.05, por lo que se concluye que los casos presentados en este estudio siguen una distribución normal. Al tratarse de una distribución de este tipo es razón para aplicar el coeficiente de Pearson como medida para calcular la correlación entre las dos variables. (ANEXO 08)

**TABLA 8**

*Medidas de correlación entre las puntuaciones de cada dimensión de la variable Gestión del riesgo con la puntuación total de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un hospital III-1, 2023*

Dimensiones de gestión de riesgo	Medida de correlación de Pearson	Sig.
Identificación del riesgo	0,988	< 0.01
Análisis y evaluación del riesgo	0,945	< 0.01
Planificación e implementación de respuesta	0,364	< 0.05
Seguimiento y revisión	0,900	<0.01
Variables	Medida de correlación de Pearson	Sig.
Gestión de riesgos y cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial	0,852	<0,01

*Nota:* Fuente: Base de datos

En esta última tabla se exponen los valores obtenidos para el coeficiente de correlación de Pearson, al cruzar cada la puntuación total de la gestión de riesgos así como cada una de sus dimensiones con la puntuación final de la variable cultura de seguridad. Es así como, para la correlación entre la identificación del riesgo y la cultura de seguridad se obtuvo un valor de 0,988, lo que determina que si existe relación entre ambos. Lo mismo sucede para las dimensiones de análisis y evaluación del riesgo y de seguimiento y revisión, cuyas medidas de correlación de Pearson fueron de 0,945 y 0,900 respectivamente y todas con nivel de significancia <0,01.

Esto no sucede en el caso de la dimensión de planificación e implementación de respuesta; puesto el valor del coeficiente de Pearson que se obtuvo fue de 0,364; el cual indica que la relación existente entre esta dimensión de la gestión de riesgos con la cultura de seguridad es baja y estadísticamente significativa puesto que  $p$  fue menor de 0,05 ( $p < 0,05$ ). Al obtener dicho valor de correlación se intentó explicar

esta variación para lo cual, se intentó conocer la causalidad, por lo que se aplicó el mismo coeficiente de correlación pero según sexo y carrera profesional de cada participante, encontrando así que no existe causalidad en cuanto a sexo, pero si la hay cuando se trata de las carreras profesionales.

Al cruzar esta dimensión con la cultura de seguridad, según profesiones, se encontraron los siguientes resultados, en los médicos se obtuvo un coeficiente de Pearson de 0,640, en las enfermeras fue de 0,249, en tecnólogos médicos -0,882 y en técnicos de enfermería fue de 0,220 y en ninguno de ellos se obtuvo un valor estadísticamente significativo.

Finalmente, se logró corroborar la hipótesis planteada al inicio del trabajo, al obtener un coeficiente de Pearson de 0.852 (correlación alta), con un valor significativo menor a 0.05 ( $p < 0.05$ ), es decir que si existe relación directa entre el nivel de gestión de riesgos y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1.

## V. DISCUSIÓN

Incidir acerca de la trascendencia de mejorar la cultura de seguridad del paciente en los trabajadores sanitarios es crucial si se quiere alcanzar calidad en la atención que se brinda, en la cual se puedan prevenir los prejuicios a los que son vulnerables los pacientes durante su atención. Dicha prevención puede lograrse, por un lado, identificando estos riesgos, analizándolos, realizando acciones sobre ellos y evaluando constantemente estas acciones y por otro lado capacitando al personal asistencial para que poco a poco desarrollen la pericia que se requiere para lograr dicha prevención, pero también para manejar adecuadamente las consecuencias que puedan presentarse cuando el daño ya esté instaurado en el paciente.

Al analizar primeramente la gestión de riesgo, en cuanto a su nivel, se encontró que, el 83,3% de los profesionales poseían un nivel medio, un 16,7% tuvieron un bajo nivel y en ningún caso se evidenció un nivel alto; resultado similar fue el que obtuvo Mosqueira (2020), quien reportó que un 61,5% del personal consideraba que la gestión de riesgos era regular, mientras que el 26,2% la calificó como alta y un 12,3% como baja. Por el contrario, en los resultados manifestados por Guerrero (2021) se evidenció que el 92% de enfermeros contaba con un nivel bueno de gestión de riesgos y un 8% con un nivel regular. Esta discrepancia de resultados obtenidos podría atribuirse a la variedad de la población participante, puesto que en algunos estudios participaron profesionales de la misma carrera, mientras que en otros lo hicieron profesionales de la salud de distintos gremios.

Por otro lado, llama a la reflexión para conocer las debilidades que se atraviesa como establecimiento y, por ende, conocer los aspectos que deben ser mejorados para aminorar los riesgos a los que son vulnerables las personas cuando acceden a una atención de salud y finalmente incrementar la calidad de la asistencia sanitaria.

Por lo que corresponde a la determinación de la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial, al hacer el análisis, se encontró que en su mayoría tenían un nivel medio, siendo el 96,7% mientras que el 3,3% presentó

un nivel bajo y ningún caso representó al nivel alto de cultura de seguridad. Estos resultados fueron diferentes a los encontrados por Choquehuanca (2022), los cuales afirman que del total de licenciadas participantes, el 53,1% tenía una cultura de seguridad positiva y en un 33,4% fue negativa; asimismo Aranaz, et al. (2018) encontraron que la mayoría de los participantes presentó una cultura de seguridad positiva y que además identificó áreas de mejora específicas, las cuales fueron usadas como una estrategia para incentivar a los profesionales y plantear estrategias de intervención teniendo el deseo de mejorar la cultura de seguridad del paciente en los establecimientos. Por el contrario, Guerrero (2021) encontró que el nivel alcanzado de cultura de seguridad en el 82% de los enfermeros fue neutral, mientras que el 14% alcanzó un nivel positivo y un 4% alcanzó un nivel negativo.

Sobre este aspecto, es importante recalcar que un profesional de salud debidamente capacitado y que se encuentre haciendo el intento de mejorar el servicio de salud que ofrece su establecimiento, puede siempre corregir actitudes y/o acciones que quizá, por desconocimiento u otros factores como el temor, no reportaba; venciendo estas dificultades así como logrando que la dirección y gerencia del establecimiento se comprometan en dicha capacitación al personal, es probable que mejore positivamente la cultura de seguridad del paciente.

Realizando el presente trabajo de investigación pudo obtenerse resultados importantes que han permitido cumplir con los objetivos planteados, de los cuales, el principal fue determinar si existe relación entre la gestión de riesgos y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023; afirmando que, si existe tal relación, la cual es alta y a la vez significativa, con un coeficiente de Pearson de 0.852 y un valor de  $p < 0.05$ ; en consecuencia, se admite que la hipótesis de investigación, elaborada por el autor, es verdadera.

Resultados parecidos obtuvo Suárez (2022), quien encontró un nivel de correlación positivo alto entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos del paciente en las enfermeras participantes de un nosocomio tumbesino, este hallazgo se sustenta con el valor obtenido al aplicar la prueba de Rho de

Spearman, el cual fue de 0,757 y un nivel de significancia de 0,001. Asimismo, Mosqueira (2020), afirma también que hay relación entre la evaluación de gestión de riesgos y la cultura de seguridad del paciente en el servicio de emergencia donde realizó su investigación, dentro de un establecimiento de la ciudad de Cajamarca, alcanzando un coeficiente de correlación de Spearman de 0,624 y un nivel de significancia de 0,000.

Por su parte, Guerrero (2021) encontró resultados contrarios a los mencionados previamente, determinando que predominó el nivel neutral de cultura de seguridad, alcanzando un 82%, y el nivel bueno de la gestión de riesgos. Su hallazgo final fue que no hay relación estadísticamente significativa entre las dos variables de estudio en enfermeras del servicio de hospitalización, rechazando así su hipótesis planteada, lo cual se basó en el valor obtenido de 0,415; correspondiente al coeficiente de correlación de Spearman.

Al analizar la relación existente entre las dimensiones de la variable de gestión de riesgo con la cultura de seguridad se obtuvieron resultados importantes también, por ejemplo; que el 96,7% de casos presentaron un nivel medio tanto en la dimensión de identificación del riesgo como en la cultura de seguridad, por lo tanto si existe relación entre ambos (coeficiente de Pearson de 0,988 y un valor de  $p < 0,01$ ), estos resultados se comparan con los encontrados por Guerrero (2021), quien reportó que de todos los enfermeros participantes, el 4% alcanzó un nivel regular de identificación del riesgo y una cultura de seguridad negativa; además que de los que presentaron una cultura de seguridad neutral, el 4% tuvo un nivel regular de identificación del riesgo en contraste con un 78% que presentó un nivel bueno y por último, de los que presentaron una cultura de seguridad positiva, el 14% tuvo un nivel bueno de identificación del riesgo y se puede determinar la discrepancia principalmente en que, en el presente trabajo de investigación no hubo ningún caso con nivel alto en esta dimensión mientras que fue el nivel predominante en el estudio con el que se compara, lo que podría orientarnos al primer punto de mejora en el establecimiento, pues identificar el riesgo es el paso inicial para generar un cambio.

En cuanto a la relación existente entre la dimensión de análisis y evaluación del riesgo con la cultura de seguridad se obtuvo como resultado que el 96,7% presentó un nivel medio para ambos, mientras que un 3,3% un nivel bajo para los dos parámetros, con un coeficiente de Pearson de 0,945 y una significancia de  $p < 0,01$ ; lo que se interpreta como una relación alta existente entre ambas, la cual es estadísticamente significativa. Comparando estos resultados con los obtenidos por Guerrero (2021) se encuentra similitud en que el mayor porcentaje (82%) fue alcanzado por aquellos profesionales con cultura de seguridad neutral, pero discrepancia en cuanto al nivel de análisis y evaluación del riesgo alcanzado por estos, ya que fue de bueno en un 74%.

Con respecto a la dimensión de planificación e implementación y su relación con la cultura de seguridad, se obtuvo que el 100% de los que tuvieron un nivel alto en planificación e implementación, presentaron a su vez una cultura de seguridad media; en contraste con el 96,3% que obtuvo una clasificación media en esta dimensión tuvo también un nivel medio de cultura de seguridad. Finalmente, sólo el 3,7% que tuvo un nivel medio de planificación e implementación, tuvo también una baja cultura de seguridad. El valor del coeficiente de Pearson para esta relación fue de 0,364 con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ .

Al evidenciarse que es la única dimensión en la que el nivel de relación es bajo se consideró necesario explicar las posibles causas. Recordando lo mencionado por Batanero, Cañadas y Gea (2012), acerca de la paradoja de Simpson, la cual se presenta en algunos estudios correlacionales, como el presente trabajo, en la que se muestra que en determinadas situaciones ocurre una variación en la relación entre dos variables; o como señalan Malinas y Bigelow (2009), va a depender de los datos que utilicemos y del vínculo que exista entre las variables de estudio, ya que esta se puede invertir al dividir a la población en subpoblaciones.

Según Monleon (2015), la paradoja de Simpson o también conocido como efecto de Yule Simpson, hace referencia a una tendencia que se puede ver en diferentes conjuntos de datos pero que deja de aparecer cuando estos conjuntos se mezclan y es cuando se evidencia la tendencia contraria para los

datos que se añadieron. Es una paradoja que se muestra de manera frecuente en la estadística médica (Wagner, 1982) y desaparece cuando se estudia la causalidad de dichas relaciones.

Al no conocer la existencia de este efecto, podría llegarse a conclusiones equivocadas, es por eso por lo que se añadieron dos covariables en este estudio, con las cuales se buscó responder a esta inquietud añadiéndoles causalidad, por lo que se aplicó tal división utilizando el sexo y la carrera profesional de cada participante; encontrándose un coeficiente de Pearson de 0,852 en varones y un 0,876 en mujeres por lo que se determina que no existe causalidad en cuanto a sexo. En cambio, al analizar por grupos profesionales se hallaron diferentes valores de coeficiente de correlación de Pearson, en médicos un valor de 0,919, en enfermeras 0,843; ambos con un nivel de significancia de  $p < 0,01$  mientras que un valor de 0,665 para los tecnólogos médicos y de un 0,794 para los técnicos de enfermería con valores no significativos estadísticamente. Por lo tanto, se determinó que si existe causalidad correlacional por profesión.

Además, se analizó de forma individual la dimensión de planificación e implementación y cultura de seguridad por carrera profesional, obtenido así que, en los médicos el valor del coeficiente de Pearson fue de 0,640; en el caso de los licenciados de enfermería fue de 0,249; en los tecnólogos médicos fue de -0,882 y en los técnicos de enfermería fue de 0,220; siendo no significativos estadísticamente.

Esta diferencia entre profesionales de los distintos gremios participantes podría explicarse quizá por la menor oportunidad que han tenido ciertos grupos profesional para acceder a capacitaciones sobre este tema, ya sea de manera personal con sus propios recursos como dentro del establecimiento donde laboran; otra razón podría ser que, en caso de los técnicos de enfermería, no realizan atenciones directas de salud ni realizan procedimientos de manera independiente, sino que siempre sus funciones están determinadas por los licenciados de enfermería; por lo tanto no se han visto en la necesidad de formarse en estos temas, pues de alguna manera sus responsabilidades serán

menores al asumir las consecuencias frente al daño ocasionado en algún paciente durante su atención en el establecimiento de salud.

Por último, al analizar la relación existente entre la dimensión de seguimiento y revisión con la cultura de seguridad, se obtuvo que un 96,7% de los casos alcanzaron un nivel medio para los dos y un 3,3% un nivel bajo. Obteniéndose así un coeficiente de Pearson de 0,900 y con un nivel de significancia menor de 0,01 ( $p < 0,01$ ); por lo tanto, se determina que la relación analizada es alta.

En contraste con los resultados encontrados por Guerrero (2021), se observa similitud ya que el 82% de los casos presentó un nivel neutral de cultura de seguridad, pero a su vez nuevamente discrepancia en que el nivel en la dimensión de seguimiento y revisión, en la mayoría de los casos (74%) fue de nivel bueno.

Después de haber analizado detalladamente las variables estadísticas incluidas en este estudio y el nivel de correlación entre ellas y sus dimensiones, se refleja la necesidad urgente de mejorar tanto el nivel de gestión de riesgos como de cultura de seguridad en los profesionales asistenciales del establecimiento en donde se ejecutó el presente estudio, ya que al determinarse que la si existe relación positiva entre ambas variables, los cambios positivos que puedan efectuarse en una influirá de manera directa y positiva en la otra; y de todas las mejoras que puedan realizarse, el principal beneficiado será el paciente que reciba la atención, ya que estará expuesto a menos riesgos y por ende será atendido de una forma cada vez más segura.

## VI. CONCLUSIONES

**PRIMERO**, la gestión de riesgos presente en el personal asistencial que participó de este trabajo de investigación fue de nivel medio, por lo que es necesario reenfocar la atención hacia este punto, tratando de instaurar un sistema para dicha gestión dentro del establecimiento, en el cual se tengan en cuenta las dimensiones estudiadas aquí, ya que servirán a la vez como los pasos a seguir para lograr implementar medidas correctivas y llegar al objetivo que es lograr un nivel alto de gestión de riesgos.

**SEGUNDO**, la cultura de seguridad en el personal asistencial que conformó la muestra del presente estudio fue de nivel medio, lo que muestra también que se necesita capacitar a todo el personal del establecimiento de salud, tanto administrativo como asistencial, puesto que la cultura de seguridad abarca roles en ambas áreas, contando con profesionales capacitados en el tema, será menos probable que los pacientes sufran daños durante las atenciones de salud a las que acceden en los distintos servicios del establecimiento.

**TERCERO**, el nivel de relación entre las variables de gestión de riesgos y cultura de seguridad es alto, demostrado estadísticamente, lo que significa que las acciones que se tomen para mejorar una de ellas, repercutirá de manera directa y positiva sobre la otra.

**CUATRO**, la relación entre dimensión de identificación del riesgo y la cultura de seguridad corresponde a un nivel alto, por lo que se consideraría la primera medida a tomar en cuanto a cambios. Es decir, identificar los riesgos que están presentes en el establecimiento, desde la infraestructura, los insumos hasta el recurso humano que están involucrados en la atención en salud y a los que están expuestos los pacientes.

**QUINTO**, que al existir un grado alto de relación entre el análisis y evaluación del riesgo y la cultura de seguridad, lo que seguiría después de identificados los riesgos, sería determinar cómo estos riesgos pueden causar daño al usuario que

busca la atención de salud en el establecimiento, sabiendo que al poder determinar esto, se podría pasar a la siguiente fase que sería la planificación e implementación de las medidas correctivas para reducir los riesgos identificados.

**SEXTO**, respecto a la dimensión de planificación e implementación de riesgo y su relación con la cultura de seguridad, se concluye que fue baja y esto se explica por la variedad de la muestra, debido que estuvo conformada por personal asistencial de diferentes gremios profesionales, lo que indica que algunos gremios cuentan con mayor conocimiento al respecto y es fundamental equiparar estas diferencias para obtener mejores resultados en la calidad de atención.

**SÉPTIMO**, que entre la dimensión de evaluación y la cultura de seguridad se encontró una relación alta, es crucial comprender que cada medida correctiva que se instaure debe ser evaluada, porque sólo de esta manera se podrá verificar que los resultados están cambiando de manera positiva, asimismo, podría seguir desarrollándose nuevas estrategias para la mejora continua, ya que se observaría una buena respuesta al cambio.

## VII. RECOMENDACIONES

Después de todo lo analizado y expuesto previamente, se realizan las siguientes recomendaciones:

1. A la dirección y gerencia del establecimiento de salud, involucrarse más en el desarrollo de una buena cultura de seguridad en el personal tanto administrativo como asistencial del establecimiento. Implementar dentro del establecimiento un sistema de gestión de riesgos y socializarlo con todo el personal. Asimismo, con la finalidad de reducir las diferencias entre los gremios profesionales. Para lo que podría desarrollarse una programación de capacitaciones al personal haciendo énfasis en los puntos más débiles que se encontraron.

2. A las jefaturas de cada servicio, se recomienda proponer estrategias que puedan mejorar el flujo dentro del mismo cuando ocurre algún daño y/o efecto adverso durante la atención de un paciente. También se recomienda, manejar dentro del servicio un mecanismo de notificación de dichos eventos adversos, eso contribuirá a que los riesgos sean identificados y prevenidos en el futuro.

3. Al personal administrativo y asistencial del establecimiento, se le recomienda mantener una actitud abierta al cambio, a las mejoras que puedan repercutir de manera positiva en su actuar. Reconociéndose como seres humanos, que por naturaleza se tienen fallas, pero venciendo el estigma de que se “debe ser perfecto”, más por el contrario ser cuidadosos de no repetir siempre los errores cometidos, sino de enfocarlos como un aprendizaje que ayudará a mejorar sus competencias profesionales.

4. Por último, a los futuros investigadores que se interesen por este tema, se recomienda adicionar covariables en los siguientes trabajos, de esta manera precisar mejor la causalidad de las diferencias en cuanto a los resultados obtenidos sobre la relación existente entre las variables de estudio y sus dimensiones.

## REFERENCIAS

- Abusalem, S., Polivka, B., Coty, M. B., Crawford, T. N., Furman, C. D., & Alaradi, M. (2021). The Relationship Between Culture of Safety and Rate of Adverse Events in Long-Term Care Facilities. *Journal of patient safety*, 17(4), 299–304. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000587>
- Agra Y. Seguridad del paciente y gestión del riesgo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado 2021 Abril 25]. Tema 14.9. [http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9\\_Seguridad\\_del\\_paciente\\_y\\_gestion\\_de\\_riesgos.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9_Seguridad_del_paciente_y_gestion_de_riesgos.pdf)
- Aldana A., Bernal J., Bonilla L., Cubillos M., Mojica C., Pérez A. (2019). *Percepción de la cultura de seguridad del paciente en las unidades de servicios de salud de segundo y tercer nivel de la subred integrada de salud norte de Bogotá en el año 2018*. [Tesis de pregrado, Universidad El Bosque]. Archivo digital. [https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/5678/Aldana\\_Galindo\\_Angie\\_Julieth\\_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/5678/Aldana_Galindo_Angie_Julieth_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Aranaz J., Pardo A., López P., Valencia J., Díaz C., López N., Rincón A., Gea M., Navarro C., Albéniz C. & Fernández A. (2018). Cultura de seguridad del paciente y docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 92(8). [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272018000100419&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100419&lng=es&tlng=es).
- Arias, J., Villasís, M., Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*. 63(2), 201-206. <https://pdfs.semanticscholar.org/05a0/92b010acf9756ec0e800749bbe868c4e68f7.pdf>
- Azyabi, A., Karwowski, W., Hancock, P., Wan, T. T. H., & Elshennawy, A. (2022). Assessing Patient Safety Culture in United States Hospitals. *International journal of environmental research and public health*, 19(4), 2353. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042353>

- Basson, T., Montoya, A., Neily, J., Harmon, L., & Watts, B. V. (2021). Improving Patient Safety Culture: A Report of a Multifaceted Intervention. *Journal of patient safety*, 17(8), e1097–e1104. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000470>
- Bernal F. (2020). Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un hospital nivel I. *Revista científica Curae*, 3(1), 43-52. <http://doi.org/10.26495/curae.v3i1.1383>
- Bohnet-Joschko, S., Jandeck, L. M., Zippel, C., Andersen, M., & Krummenauer, F. (2011). Strukturiertes Risikomanagement in Krankenhäusern - kommt es doch auf die Größe an? [Clinical risk management in german hospitals - does size really matter?]. *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie*, 149(3), 301–307. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1270954>
- Boussat, B., Seigneurin, A., Giai, J., Kamalanavin, K., Labarère, J., & François, P. (2021). Involvement in Root Cause Analysis and Patient Safety Culture Among Hospital Care Providers. *Journal of patient safety*, 17(8), e1194–e1201. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000456>
- Briner, M., Kessler, O., Pfeiffer, Y., Wehner, T., & Manser, T. (2010). Assessing hospitals' clinical risk management: Development of a monitoring instrument. *BMC health services research*, 10, 337. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-337>
- Briner, M., Manser, T., & Kessler, O. (2013). Clinical risk management in hospitals: strategy, central coordination and dialogue as key enablers. *Journal of evaluation in clinical practice*, 19(2), 363–369. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2012.01836.x>
- Brown B. L., Jr (1981). Risk management. *American journal of infection control*, 9(3), 82–86. [https://doi.org/10.1016/s0196-6553\(81\)80067-3](https://doi.org/10.1016/s0196-6553(81)80067-3)
- Burlison, J. D., Quillivan, R. R., Kath, L. M., Zhou, Y., Courtney, S. C., Cheng, C., & Hoffman, J. M. (2020). A Multilevel Analysis of U.S. Hospital Patient Safety Culture Relationships With Perceptions of Voluntary Event Reporting. *Journal of patient safety*, 16(3), 187–193. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000336>
- Camacho-Rodríguez, D. E., Carrasquilla-Baza, D. A., Dominguez-Cancino, K. A., & Palmieri, P. A. (2022). Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19(21), 14380. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
- Camargo T., Queiroz A., Silvestre N. & de Camargo A. (2014). Cultura de seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. *Enfermería Global*,

13(33), 336-348. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100017](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100017)

- Choquehuanca-Alvaro, H. (2022). *Cultura de Seguridad del paciente desde la percepción del profesional de Enfermería del Hospital Regional Manuel Nuñez Butron Puno-2019*. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional del Altiplano]. Repositorio Institucional – Vicerrectorado de Investigación. <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/18059>
- Churruca, K., Ellis, L. A., Pomare, C., Hogden, A., Bierbaum, M., Long, J. C., Olekalns, A., & Braithwaite, J. (2021). Dimensions of safety culture: a systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. *BMJ open*, 11(7), e043982. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043982>
- Crowe, R. P., Cash, R. E., Christgen, A., Hilmas, T., Varner, L., Vogelsmeier, A., Gilmore, W. S., & Panchal, A. R. (2021). Psychometric Analysis of a Survey on Patient Safety Culture-Based Tool for Emergency Medical Services. *Journal of patient safety*, 17(8), e1320–e1326. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000504>
- Cvetkovic, A., Maguiña, J., Soto, A., Lama, J. & Correa, L. (2021). Estudios transversales. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*. 21(1): 179-185. DOI: 10.25176/RFMH.v21i1.3069
- El Zoghbi, M., Farooq, S., Abulaban, A., Taha, H., Ajanaz, S., Aljasmi, J., Ahmad, S., & Said, H. (2021). Improvement of the Patient Safety Culture in the Primary Health Care Corporation - Qatar. *Journal of patient safety*, 17(8), e1376–e1382. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000489>
- Euteneier A. (2020). Sicherheitskultur und klinisches Risikomanagement [Culture of safety and clinical risk management]. *Der Unfallchirurg*, 123(1), 22–28. <https://doi.org/10.1007/s00113-019-00740-2>
- Farokhzadian, J., Dehghan Nayeri, N., & Borhani, F. (2015). Assessment of Clinical Risk Management System in Hospitals: An Approach for Quality Improvement. *Global journal of health science*, 7(5), 294–303. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n5p294>
- Forbes, T. H., 3rd, Scott, E. S., & Swanson, M. (2020). New Graduate Nurses' Perceptions of Patient Safety: Describing and Comparing Responses With Experienced Nurses.

*Journal of continuing education in nursing*, 51(7), 309–315.  
<https://doi.org/10.3928/00220124-20200611-06>

Forbes, T. H., 3rd, Wynn, J., Anderson, T., & Swanson, M. (2020). Understanding the peer, manager, and system influence on patient safety. *Nursing management*, 51(12), 36–42. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000721828.72471.4a>

Fujita, S., Wu, Y., Iida, S., Nagai, Y., Shimamori, Y., & Hasegawa, T. (2019). Patient safety management systems, activities and work environments related to hospital-level patient safety culture: A cross-sectional study. *Medicine*, 98(50), e18352. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000018352>

Gambashidze, N., Hammer, A., Wagner, A., Rieger, M. A., Brösterhaus, M., Van Vegten, A., Manser, T., & WorkSafeMed Consortium (2021). Influence of Gender, Profession, and Managerial Function on Clinicians' Perceptions of Patient Safety Culture: A Cross-National Cross-Sectional Study. *Journal of patient safety*, 17(4), e280–e287. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000585>

Granel, N., Manresa-Domínguez, J. M., Watson, C. E., Gómez-Ibáñez, R., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Nurses' perceptions of patient safety culture: a mixed-methods study. *BMC health services research*, 20(1), 584. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05441-w>

Guevara E. (2018). Nuevo enfoque en la atención en salud: la seguridad del paciente. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 7(1), 7-8. <https://doi.org/10.33421/inmp.2018102>

Guimbaud B. (2000). La gestion des risques a l'hôpital: bilan et perspectives [Risk management in hospitals: update and prospect]. *World hospitals and health services : the official journal of the International Hospital Federation*, 36(2), 16–46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11214452/>

Han, Y., Kim, J. S., & Seo, Y. (2020). Cross-Sectional Study on Patient Safety Culture, Patient Safety Competency, and Adverse 48. Events. *Western journal of nursing research*, 42(1), 32–40. <https://doi.org/10.1177/0193945919838990>

Huang D. (2023). The significance of the application of risk management in hospital

Jabarkhil, A. Q., Tabatabaee, S. S., Jamali, J., & Moghri, J. (2021). Assessment of Patient Safety Culture Among Doctors, Nurses, and Midwives in a Public Hospital in

- Afghanistan. *Risk management and healthcare policy*, 14, 1211–1217. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S292193>
- Janes, G., Mills, T., Budworth, L., Johnson, J., & Lawton, R. (2021). The Association Between Health Care Staff Engagement and Patient Safety Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of patient safety*, 17(3), 207–216. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000807>
- Jardine, C., Hrudey, S., Shortreed, J., Craig, L., Krewski, D., Furgal, C., & McColl, S. (2003). Risk management frameworks for human health and environmental risks. *Journal of toxicology and environmental health. Part B, Critical reviews*, 6(6), 569–720. <https://doi.org/10.1080/10937400390208608>
- Johnson, C. R., Noorzad, A., Pujari, A., Paiement, G., & Lin, C. (2021). There is an App for That: Mobile Technology Improves Complication Reporting and Resident Perception of Their Role in Patient Safety. *JB & JS open access*, 6(1), e20.00077. <https://doi.org/10.2106/JBJS.OA.20.00077>
- Jorna Calixto, A., Véliz Martínez, P., Vidal Ledo, M., & Véliz Jorna, A. (2020). Gestión de los riesgos sanitarios en el enfrentamiento a la COVID-19 en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46. Recuperado de <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2696/1627>
- Kaware, M. S., Ibrahim, M. I., Shafei, M. N., Mohd Hairon, S., & Abdullahi, A. U. (2022). Patient Safety Culture and Its Associated Factors: A Situational Analysis among Nurses in Katsina Public Hospitals, Northwest Nigeria. *International journal of environmental research and public health*, 19(6), 3305. <https://doi.org/10.3390/ijerph19063305>
- Kilcullen, M. P., Bisbey, T. M., Ottosen, M. J., Tsao, K., Salas, E., & Thomas, E. J. (2022). The Safer Culture Framework: An Application to Healthcare Based on a Multi-Industry Review of Safety Culture Literature. *Human factors*, 64(1), 207–227. <https://doi.org/10.1177/00187208211060891>
- Kraman, S. S., & Hamm, G. (1999). Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Annals of internal medicine*, 131(12), 963–967. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-131-12-199912210-00010>
- Kumbi, M., Hussen, A., Lette, A., Nuriye, S., & Morka, G. (2020). Patient Safety Culture and Associated Factors Among Health Care Providers in Bale Zone Hospitals,

- Southeast Ethiopia: An Institutional Based Cross-Sectional Study. *Drug, healthcare and patient safety*, 12, 1–14. <https://doi.org/10.2147/DHPS.S198146>
- Lee, S. E., & Dahinten, V. S. (2020). The Enabling, Enacting, and Elaborating Factors of Safety Culture Associated With Patient Safety: A Multilevel Analysis. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 52(5), 544–552. <https://doi.org/10.1111/jnu.12585>
- Lee, S. E., & Dahinten, V. S. (2021). Using Dominance Analysis to Identify the Most Important Dimensions of Safety Culture for Predicting Patient Safety. *International journal of environmental research and public health*, 18(15), 7746. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157746>
- Lima, P., Teles, M., Lima, R., Vieira, B., Cardoso, R., Melo, T. (2020). Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*. 60. <https://doi.org/10.6018/eglobal.386951>
- Liukka, M., Hupli, M., & Turunen, H. (2021). Differences between professionals' views on patient safety culture in long-term and acute care? A cross-sectional study. *Leadership in health services (Bradford, England)*, ahead-of-print(ahead-of-print), 499–511. <https://doi.org/10.1108/LHS-11-2020-0096>
- López, Pedro Luis. (2004). POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO. *Punto Cero*, 09(08), 69-74. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1815-02762004000100012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012&lng=es&tlng=es).
- Lopez-Jeng, C., & Eberth, S. D. (2020). Improving Hospital Safety Culture for Falls Prevention Through Interdisciplinary Health Education. *Health promotion practice*, 21(6), 918–925. <https://doi.org/10.1177/1524839919840337>
- management. *Minerva surgery*, 78(1), 98–100. <https://doi.org/10.23736/S2724-5691.21.09117-6>
- Martínez C., Durango J., Correa S. & Giraldo D. (2017). Seguridad del paciente y su percepción en los profesionales de la salud. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 17(33), 277-292. <http://www.scielo.org.co/pdf/ccso/v17n33/1657-8953-ccso-17-33-00277>

- Mohsen, M. M., Gab Allah, A. R., Amer, N. A., Rashed, A. B., & Shokr, E. A. (2021). Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety at primary healthcare units: Effect on patients' outcomes. *Nursing forum*, 56(4), 849–859. <https://doi.org/10.1111/nuf.12627>
- Muntané, J. (2010). Introducción a la investigación básica. *RAPD ONLINE*. 33(3).
- Newby L. (1996). A typology for legal risk management in patient care in Australian hospitals. *Australian health review : a publication of the Australian Hospital Association*, 19(4), 113–134. <https://doi.org/10.1071/ah960113a>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Seguridad del paciente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Otzen, T., Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int.J.Morphol.*35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Oyegoke, S., & Gigli, K. H. (2022). Evaluation of the Culture of Safety and Quality in Pediatric Primary Care Practices. *Journal of patient safety*, 18(4), e753–e759. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000942>
- Prokešová, R., Brabcová, I., Pokojová, R., & Bártlová, S. (2016). Risk management in inpatient units in the Czech Republic from the point of view of nurses in leadership positions. *Neuro endocrinology letters*, 37(suppl 2), 39–45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28233959/>
- Rackiewicz, D., Owoc, J., Krakowiak, J., Rzemek, C., Owoc, A., & Bojar, I. (2019). Patient safety culture in Polish Primary Healthcare Centers. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 31(8), G60–G66. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzz004>
- Rakover, J., Little, K., Scoville, R., & Holder, B. (2020). Implementing Daily Management Systems to Support Sustained Quality Improvement in Ambulatory Surgery Centers. *AORN journal*, 111(4), 415–422. <https://doi.org/10.1002/aorn.12988>
- Ramos C., (2020). Los alcances de una investigación. *CienciAmérica*, 9 (3), 1390-9592. <https://cienciamerica.edu.ec/index.php/uti/article/view/336>

- Richter, J., Mazurenko, O., Kazley, A. S., & Ford, E. W. (2020). How Differences Between Manager and Clinician Perceptions of Safety Culture Impact Hospital Processes of Care. *Journal of patient safety*, 16(4), 289–293. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000320>
- Rivera H., Paredes B., Sánchez S. (2020). Seguridad del paciente hospitalizado en EsSalud. *Revista ACC CIETNA para el cuidado de la salud*, 7(2), 85-92. DOI: <https://doi.org/10.35383/cietna.v7i2.410>
- Rocco C., (2017). Seguridad del paciente y Cultura de seguridad. *Revista Médica – Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795.
- Specchia, M. L., Perilli, A., Di Pilla, A., Carini, E., Tofani, N., Ricciardi, W., & Damiani, G. (2020). The impact of the implementation of clinical risk management tools in Pediatric or Neonatal Intensive Care Units: a systematic review. *Igiene e sanità pubblica*, 76(4), 225–239. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33161420/>
- St Pierre M. (2013). Patientenversorgung--aber sicher: Sicherheitskultur und Risikomanagement in der Hals-,Nasen-, Ohrenheilkunde [Safe patient care: safety culture and risk management in otorhinolaryngology]. *Laryngo- rhino- otologie*, 92 Suppl 1, S23–S32. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1334956>
- Temkin-Greener, H., Mao, Y., McGarry, B., & Zimmerman, S. (2022). Patient Safety Culture in Assisted Living: Staff Perceptions and Association with State Regulations. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(12), 1997–2002.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.09.007>
- Titi, M. A., Baksh, M. M., Zubairi, B., Abdalla, R. A. M., Alsaif, F. A., Amer, Y. S., Jamal, D., & El-Jardali, F. (2021). Staying ahead of the curve: avigating changes and maintaining gains in patient safety culture - a mixed-methods study. *BMJ open*, 11(3), e044116. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044116>
- Tlili, M. A., Aouicha, W., Sahli, J., Zedini, C., Ben Dhiab, M., Chelbi, S., Mtiraoui, A., Said Latiri, H., Ajmi, T., Ben Rejeb, M., & Mallouli, M. (2021). A baseline assessment of patient safety culture and its associated factors from the perspective of critical care nurses: Results from 10 hospitals. *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 34(4), 363–369. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2020.09.004>
- Toren, O., Dokhi, M., & Dekeyser Ganz, F. (2021). Hospital nurses' intention to report near misses, patient safety culture and professional seniority. *International journal for*

- quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 33(1), mzab031. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzab031>
- Tran, T. N. H., Pham, Q. T., Tran, L. H., Vu, T. A., Nguyen, M. T., Pham, H. T., Le, T. T., & Bui, T. T. H. (2022). Comparison of Perceptions About Patient Safety Culture Between Physicians and Nurses in Public Hospitals in Vietnam. *Risk management and healthcare policy*, 15, 1695–1704. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S373249>
- Upadhyay, S., Weech-Maldonado, R., Lemak, C. H., Stephenson, A., Mehta, T., & Smith, D. G. (2020). Resource-based view on safety culture's influence on hospital performance: The moderating role of electronic health record implementation. *Health care management review*, 45(3), 207–216. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000217>
- Vasco I. (2017). *Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del hospital de Mérida*. [Tesis de Pregrado- Universidad de Extremadura]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=148487>
- Villegas-González, P. Ramos, A. González-Méndez, M. De, J. y Bolívar, H. (2017). *Gestión del riesgo en Colombia: vulnerabilidad, reducción y manejo de desastres* Editorial Universidad Católica de Colombia. <https://publicaciones.ucatolica.edu.co/gpd-gestion-del-riesgo-en-colombia-vulnerabilidad-reduccion-y-manejo-de-desastres.html>
- Wang, Y., Fan, Y., Wang, X., Ma, Y., Wu, C., Shi, H., Han, H., Liu, W., & Liu, C. (2020). Multilevel Analysis of Individual, Organizational, and Regional Factors Associated With Patient Safety Culture: A Cross-Sectional Study of Maternal and Child Health Institutions in China. *Journal of patient safety*, 16(4), e284–e291. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000570>
- Yang, Y., & Liu, H. (2021). The effect of patient safety culture on nurses' near-miss reporting intention: the moderating role of perceived severity of near misses. *Journal of research in nursing : JRN*, 26(1-2), 6–16. <https://doi.org/10.1177/1744987120979344>
- Zallman, L., Finnegan, K. E., Todaro, M., Dallinga, B., Curtis, J., Lidman, M., Allen, P., Peterson, D., Schoonmaker, K., & Sayah, A. (2020). Association Between Provider Engagement, Staff Engagement, and Culture of Safety. *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 42(4), 236–247. <https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000220>

## ANEXOS

### ANEXO N° 01: CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición de la Variable	
<b>GESTION DE RIESGOS</b>	Es el procedimiento que ayuda, una vez identificado el riesgo, a que se puedan aplicar las medidas oportunas y adecuadas para disminuir lo más que se pueda determinados riesgos y a su vez, disminuir sus efectos, al mismo tiempo que se adquieren los resultados esperados. (MINSA,	Agra Y. (2014) define las dimensiones de la gestión de riesgos en cuatro fases; la identificación del riesgo, el análisis y la evaluación del riesgo, la planificación e implementación de respuesta al riesgo y el seguimiento y la revisión.	Identificación del riesgo	Llenado correcto del Kardex.	Del 1 al 9	ORDINAL:  5= Siempre  4= Casi siempre  3= A veces  2= Casi nunca  1= Nunca	Alto: (71 – 110)  Medio: (41 – 70)  Bajo: (22- 40)
				Llenado correcto del formato sobre caídas.			
				Verificación de la identidad del paciente.			
				Llenado correcto del formato de evaluación de lesiones por presión.			
				Presencia de contenedores para desechos de residuos sólidos			
				Presencia de contenedores rígidos para punzocortantes			
				Señalética para la identificación de residuos sólidos.			

	2020).			Presencia de dispensadores con jabón en lavatorios			
				Presencia de dispensadores con papel toalla en los lavatorios			
			Análisis y evaluación del riesgo	Revisión del registro de filiación del paciente	Del 10 al 15		
				Revisión del registro de anamnesis			
				Revisión el registro sobre el examen físico, valoración y diagnóstico			
				Registro de plan de trabajo e intervenciones			
				Registro o notificación de eventos adversos			
				Personal encargado del registro de eventos adversos.			
			Planificación e implementación de la respuesta a los riesgos	Capacitaciones con el comité de eventos adverso	Del 16 al 19		
				Adecuada gestión de los riesgos identificados			

				<p>en la institución</p> <p>Implementación de planes de mejora de los riesgos en la consulta externa.</p> <p>Cumplimiento del etiquetado azul y rojo para los medicamentos.</p>			
			Seguimiento y revisión	<p>Seguimiento y evaluación del cumplimiento de las acciones de mejora implementadas.</p> <p>Elaboración de informes de resultados de las acciones de mejora.</p> <p>Socialización con los miembros de la institución, de resultados y logros obtenidos a partir de las acciones mejoras implementadas.</p>	Del 20 al 22		
<b>CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Aranaz, Pardo, López, et al (2018) la definen como el conjunto de valores,	Camacho (2018), menciona que se puede definir a través del cuestionario del	Frecuencia de eventos adversos notificados	<p>Notificación de errores descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.</p> <p>Notificación de errores que no causaron daño</p>	Del 1 al 3	ORDINAL: 5= Siempre	<p>Alto: (140 – 210)</p> <p>Medio:</p>

<p>actitudes, percepciones, competencias y formas de comportamiento tanto personales como grupales que definen el compromiso con la gestión sanitaria y la seguridad en la institución, así como la competencia de la mencionada gestión, cuya finalidad es disminuir el impacto negativo durante las atenciones en salud y de esta manera, desarrollar estrategias en seguridad del paciente.</p>	<p>Hospital Survey on Patient Safety, el cual facilita obtener información sobre las opiniones en cuanto a las dimensiones e indicadores de la cultura de seguridad del paciente.</p>		al paciente.		<p>4= Casi siempre (71 – 139)</p> <p>3= A veces</p> <p>2= Casi nunca</p> <p>1= Nunca</p> <p>Bajo: (42- 70)</p>
			Notificación de errores que no han tenido consecuencias.		
		Percepción global de seguridad	Fallos por casualidad	Del 4 al 7	
			Ritmo de trabajo		
			Problemas con la seguridad del paciente		
			Procedimientos y medios de trabajo		
		Gestión y dirección	Satisfacción del jefe	Del 8 al 11	
			Sugerencias del personal		
			Presión del trabajo		
			Cumplimiento del Desinterés del jefe		
		Aprendizaje organizacional	Actividades de mejora de la seguridad	Del 12 al 14	
			Toma de medidas preventivas frente a nuevos errores.		

				Valoración de la efectividad de los cambios efectuados			
			Trabajo en equipo en la unidad/servicio	Apoyo mutuo entre trabajadores	Del 15 al 18		
				Trabajo en equipo para lograr objetivos			
				Trato respetuoso			
				Ayuda para evitar sobrecarga laboral			
			Franqueza en la comunicación	Libertad de opinión	Del 19 al 21		
				Cuestionamiento de acciones y decisiones de los superiores.			
				Temor del personal			
			Feed-back y comunicación sobre errores	Informe sobre acciones tomadas frente a los incidentes	Del 22 al 24		
				Informe sobre errores cometidos			
				Discusión sobre medidas preventivas ante errores.			
			Respuesta no punitiva a los	Respuesta punitiva por parte de los	Del 25 al 27		

			errores	compañeros o jefes.		
				Búsqueda de culpabilidad frente al error		
				Temor del personal al cometer un error		
			Dotación de personal	Número suficiente de personal	Del 28 al 31	
				Jornadas laborales agotadoras.		
				Inestabilidad de contratos de personal		
				Presión laboral		
			Apoyo de la gerencia de la institución en la seguridad del paciente	Adecuado clima laboral	Del 32 al 34	
				Priorización de la seguridad del paciente		
				Interés posterior a la ocurrencia de eventos adversos		
			Trabajo en equipo entre unidades/servicios	Trabajo conjunto entre servicio	Del 35 al 38	
				Coordinación entre unidades/servicios		
				Mala coordinación entre		

				servicios			
				Incomodidad del personal al trabajar entre servicios			
			Problemas en cambios de turnos y transiciones entre unidades/servicios	Pérdida de información de los pacientes	Del 39 al 42		
				Pérdida de información del paciente, al cambio de turno			
				Inadecuado intercambio de información del paciente entre servicios			
				Problemas en la atención relacionados con el cambio de turno.			

## ANEXO N°02:

### Instrumento de recolección de datos

### Gestión de riesgos y cultura de seguridad del paciente en personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023

### Cuestionario de cultura de seguridad

PROFESIÓN/OCUPACIÓN: ..... EDAD..... SEXO:..... TIEMPO DE SERVICIO: .....

**INSTRUCCIONES:** Estimado profesional de salud, estoy realizando un estudio titulado Gestión de riesgos y cultura de seguridad del paciente en un establecimiento III-1, 2023. Le agradezco marque con un aspa en la respuesta que considere expresa mejor su punto de vista, permitiéndome así obtener valiosa información para determinar la cultura de seguridad del paciente en el establecimiento. Teniendo en cuenta que sus respuestas son anónimas serán mantenidas en confidencialidad.

Contesta de acuerdo a la siguiente escala valorativa:

Nunca [1]      Casi nunca [2]      A veces [3]      Casi siempre [4]      Siempre [5]

N°	ÍTEMS	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
<b>FRECUENCIA DE EVENTOS ADVERSOS</b>						
1.	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
2.	Se notifican los errores que no causaron daño al paciente.					
3.	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias.					
<b>PERCEPCIÓN GLOBAL DE SEGURIDAD</b>						
4.	En la consulta externa se producen fallos por casualidad.					
5.	En la consulta externa, si se aumenta el ritmo de trabajo puede afectar la seguridad del paciente.					
6.	En la consulta externa hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".					
7.	Los procedimientos y medios					

	de trabajo son adecuados para evitar los errores en la atención.					
<b>GESTIÓN Y DIRECCIÓN</b>						
8.	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
9.	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					
10.	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
11.	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.					
<b>APRENDIZAJE ORGANIZACIONAL</b>						
12.	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
13.	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
14.	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
<b>TRABAJO EN EQUIPO EN LA UNIDAD/SERVICIO</b>						
15.	El personal se apoya mutuamente.					
16.	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					

17.	En la consulta externa nos tratamos todos con respeto.					
18.	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
<b>FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN</b>						
19.	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
20.	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
21.	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.					
<b>FEED – BACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES</b>						
22.	Cuando se notifica algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					
23.	Se nos informa de los errores que ocurren en la consulta externa.					
24.	En la consulta externa, se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
<b>RESPUESTA NO PUNITIVA A LOS ERRORES</b>						
25.	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
26.	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un “culpable”.					
27.	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					

DOTACIÓN DE PERSONAL						
28.	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
29.	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
30.	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
31.	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.					
APOYO DE LA GERENCIA DE LA INSTITUCIÓN EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE						
32.	La gerencia o la dirección de la clínica facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.					
33.	La gerencia o dirección de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					
34.	La gerencia/dirección de la clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.					
TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES/SERVICIOS						
35.	Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
36.	Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					
37.	Los diferentes servicios de la clínica no coordinan bien entre ellas.					

38.	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios.					
<b>PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNOS Y TRANSICIONES ENTRE UNIDADES</b>						
39.	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.					
40.	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
41.	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
42.	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					

### **CATEGORIZACIÓN DE LA MEDICIÓN DE CULTURA DE SEGURIDAD Y SUS DIMENSIONES**

<b>CULTURA DE SEGURIDAD</b>	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>
	<b>42-70</b>	<b>71 – 139</b>	<b>140 - 210</b>
Frecuencia de eventos adversos (ítems 1 – 3)	3 - 6	7 - 11	12 – 15
Percepción global de seguridad (ítems 4 –7)	4 - 8	9 - 16	17 – 20
Gestión y direcciones (ítems 8 – 11)	4 - 8	9 - 16	17 – 20
Aprendizaje organizacional (ítems 12-14)	3 - 6	7 - 11	12 – 15
Trabajo en equipo en la unidad/servicio (ítems 15 – 18)	4 - 8	9 - 16	17 – 20

Franqueza en la comunicación (ítems 19 – 21)	3 - 6	7 - 11	12 – 15
Feed-back y comunicación sobre errores (ítems 22 – 24)	3 - 6	7 - 11	12 – 15
Respuesta no punitiva a los errores (ítems 25 – 27)	3 - 6	7 - 11	12 – 15
Dotación de personal (ítems 28 – 31)	4 - 8	9 - 16	17 – 20
Apoyo de la gerencia de la institución en la seguridad del paciente (ítems 32 – 34)	3 - 6	7 - 11	12 – 15
Trabajo en equipo entre unidades/servicios (ítems 35 – 38)	4 - 8	9 - 16	17 – 20
Problemas en cambios de turnos y transiciones entre unidades (ítems 39 – 42)	4 - 8	9 - 16	17 – 20

## ANEXO N°03

### Instrumento de recolección de datos

### Gestión de riesgos y cultura de seguridad del paciente en personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023

#### Cuestionario de gestión de riesgos

PROFESIÓN/OCUPACIÓN: ..... EDAD..... SEXO:..... TIEMPO DE SERVICIO: .....

**INSTRUCCIONES:** Estimado profesional de salud, estoy realizando un estudio titulado Gestión de riesgos y cultura de seguridad del paciente en un establecimiento III-1, 2023. Le agradezco marque con un aspa en la respuesta que considere expresa mejor su punto de vista, permitiéndome así obtener valiosa información para determinar la cultura de seguridad del paciente en el establecimiento. Teniendo en cuenta que sus respuestas son anónimas serán mantenidas en confidencialidad.

Contesta de acuerdo a la siguiente escala valorativa:

Nunca [1]      Casi nunca [2]      A veces [3]      Casi siempre [4]      Siempre [5]

N°	ÍTEMS	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A veces (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO						
1.	Realiza el correcto llenado del formato sobre administración de medicamentos (Kardex)					
2.	Realiza el correcto llenado del formato sobre caídas de los pacientes.					
3.	Verifica los brazaletes de identificación del paciente al realizar un procedimientos.					
4.	Realiza el correcto llenado del formato de evaluación de lesiones por presión.					
5.	En su servicio, cuentan permanentemente con contenedores para desechos de residuos sólidos.					
6.	En su servicio cuentan permanentemente con contenedores rígidos para punzocortantes					
7.	En su servicio cuentan permanentemente con					

	señalética para la identificación de residuos sólidos.					
8.	En su servicio cuentan permanentemente con dispensadores con jabón en los lavatorios del personal.					
9.	En su servicio cuentan permanentemente con dispensadores con papel toalla en los lavatorios del personal.					
<b>ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL RIESGO</b>						
10.	Revisa y verifica el registro ordenado de filiación del paciente.					
11.	Revisa y verifica el registro sobre la enfermedad actual y antecedentes del paciente.					
12.	Revisa, verifica y realiza el registro sobre el examen físico (incluido funciones vitales), valoración y diagnósticos.					
13.	En su servicio se realiza el registro sobre plan de trabajo e intervenciones.					
14.	En su servicio se realiza el registro o notificación de eventos adversos.					
15.	En su servicio cuentan con un responsable de registrar los eventos adversos.					
<b>PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA RESPUESTA A LOS RIESGOS</b>						
16.	Recibe capacitaciones por parte del comité de eventos adversos.					
17.	Considera que existe una adecuada gestión de los riesgos identificados en la institución.					

18.	En la consulta externa se implementan con frecuencia planes de mejora en los riesgos identificados.					
19.	En el establecimiento se cumple con el etiquetado azul de medicamentos LASA y el etiquetado rojo de medicamentos de Alerta máxima.					
<b>SEGUIMIENTO Y REVISIÓN</b>						
20.	En el establecimiento se realiza el seguimiento para evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora que se van implementando.					
21.	Existe una política de elaboración de informes de resultados de las acciones de mejora que se implementan.					
22.	Se difunden a los miembros de la institución, los resultados y logros obtenidos a partir de las acciones de mejora implementadas por la clínica.					

## **CATEGORIZACIÓN DE LA MEDICIÓN DE GESTIÓN DE RIESGOS Y SUS DIMENSIONES**

<b>GESTIÓN DE RIESGOS</b>	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>
	<b>22 - 40</b>	<b>42 - 70</b>	<b>71 - 110</b>
Identificación del riesgo (ítems 1 – 9)	9 - 18	19 - 36	37 – 45
Análisis y evaluación del riesgo (ítems 10 – 15)	6 - 12	13 - 24	25 – 30
Planificación e implementación de la respuesta a riesgos (ítems 16 – 19)	4 - 8	9 - 16	17 – 20
Seguimiento y revision (ítems 20 – 22)	3 - 6	7 - 12	13 – 15

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El presente trabajo de investigación que lleva como título *Gestión de riesgos y cultura de seguridad del paciente en personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023*; desarrollado por la Bachiller Erika Geraldine Rubio Rubio, de la maestría *Gestión en los Servicios de la Salud*.

La participación para este estudio es completamente voluntaria y confidencial. La información que usted nos pueda brindar, será manejada confidencialmente, pues sólo la investigadora tendrá acceso a esta información, por tanto, estará protegida. La aplicación del instrumento tiene una duración aproximada de 20 minutos y consiste en dos cuestionarios, cuyo objetivo es determinar la gestión de riesgos y la cultura de seguridad del paciente.

**DECLARACIÓN:**

Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, así mismo se me informó del objetivo del estudio y sus beneficios, se me ha descrito el procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello. En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en este estudio.

Rosa María Alcalá Mendoza 46731585



-----  
Nombres y Apellidos del participante

DNI

Firma



Firma de los investigadores.

-----  
Nombre ...E.rika...Geraldine Rubio Rubio

DNI. ....46683529.....

## ANEXO N°05: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema	Objetivos	Hipótesis	Metodología	
	Objetivo general			
¿Existe relación entre la gestión de riesgos y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1 durante el año 2023?.	<p>Determinar si existe relación entre la gestión de riesgos y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023.</p>	<p>Existe relación entre la gestión de riesgos y la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enfoque: Cuantitativo</li> <li>▪ Nivel de investigación: Básico</li> <li>▪ Tipo de investigación: Correlacional</li> <li>▪ Diseño de investigación:</li> </ul> <p>No experimental, Cuantitativa, de corte transversal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Variables:</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;">VIII. Gestión de riesgos</p> <p style="margin-left: 20px;">IX. Cultura de seguridad del paciente</p>	
	Objetivos específicos			<p>1.Determinar la gestión de riesgos del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023.</p>
	<p>2.Determinar la cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023.</p>			

	<p>3. Conocer la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión identificación del riesgo, en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Población: Profesionales de la salud que laboran en el área de consulta externa de un hospital nivel III-1.</li> <li>▪ Muestra: Estuvo conformada por 30 profesionales de la Salud de la consulta externa que aceptó participar del estudio.</li> <li>▪ Técnica: Encuesta</li> <li>▪ Instrumento: Cuestionario tipo Likert para las variables de Gestión del riesgo y cultura de seguridad del paciente.</li> <li>▪ Estadística: Coeficiente de correlación de Pearson.</li> </ul>
	<p>4. Conocer la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión análisis y evaluación del riesgo, en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023.</p>		
	<p>5. Conocer la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión planificación e implementación de la respuesta a los riesgos, en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023.</p>		

	<p>6. Conocer la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión seguimiento y revisión, en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023.</p>		
--	--	--	--

## ANEXO N°06

### CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

$$n = \left( \frac{z_{\alpha} + z_{\beta} \sqrt{1 - r^2}}{r} \right)^2 + 2$$

$$n = 19$$

Dónde:

n = Tamaño de muestra para el estudio correlacional

Estimación previa  $r = 0.672$  ( por muestra piloto)

$Z_{\alpha} = 1.96$

$Z_{\beta} = 1.96$

N= 419

Prorrateo muestral por profesión

Profesión	Población	Proporcionalidad muestral	Muestra
Médicos	158	7.03	<b>7</b>
Enfermeras	131	5.83	<b>6</b>
Tecnólogos	38	1.69	<b>2</b>
Tec Nefermería	100	4.45	<b>5</b>
	427	19.00	<b>20</b>

## ANEXO N°07

### CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL

$$n = \left( \frac{z_{\alpha} + z_{\beta} \sqrt{1 - r^2}}{r} \right)^2 + 2$$

$$n = 19$$

Dónde:

n = Tamaño de muestra para el estudio correlacional

Estimación previa  $r = 0.672$  ( por muestra piloto)

$Z_{\alpha} = 1.96$

$Z_{\beta} = 1.96$

N= 419

Prorrateo muestral por profesión

Profesión	Población	Proporcionalidad muestral	Muestra
Médicos	158	7.03	<b>7</b>
Enfermeras	131	5.83	<b>6</b>
Tecnólogos	38	1.69	<b>2</b>
Tec Nefermería	100	4.45	<b>5</b>
	427	19.00	<b>20</b>

## ANEXO N° 08

### Fiabilidad con muestra piloto n=30

#### CUESTIONARIO 1: Cultura de seguridad del paciente

##### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	30	3,6
	Excluido <sup>a</sup>	795	96,4
	Total	825	100,0

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

##### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,829	42

##### 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
P1	139,53	115,568	-,342	,845
P2	139,50	108,466	,081	,831
P3	139,57	110,461	-,058	,836
P4	139,47	109,706	-,008	,834
P5	139,77	101,013	,631	,817
P6	139,70	105,183	,393	,824
P7	140,43	107,289	,221	,827
P8	139,63	104,171	,399	,823
P9	139,50	101,017	,396	,823
P10	139,83	106,282	,349	,825
P11	139,77	101,013	,631	,817
P12	139,70	105,183	,393	,824
P13	140,43	107,289	,221	,827
P14	139,63	104,171	,399	,823
P15	140,43	106,806	,233	,827
P16	139,70	110,976	-,095	,835

P17	139,47	103,568	,298	,826
P18	139,50	101,017	,396	,823
P19	139,77	101,013	,631	,817
P20	139,70	105,183	,393	,824
P21	140,43	107,289	,221	,827
P22	139,63	104,171	,399	,823
P23	139,77	101,013	,631	,817
P24	139,70	105,183	,393	,824
P25	140,43	107,289	,221	,827
P26	139,63	104,171	,399	,823
P27	140,43	106,806	,233	,827
P28	139,70	110,976	-,095	,835
P29	139,47	103,568	,298	,826
P30	139,50	101,017	,396	,823
P31	139,77	101,013	,631	,817
P32	140,43	107,289	,221	,827
P33	139,63	104,171	,399	,823
P34	140,43	107,289	,221	,827
P35	139,63	104,171	,399	,823
P36	140,43	106,806	,233	,827
P37	139,70	110,976	-,095	,835
P38	139,47	103,568	,298	,826
P39	139,50	101,017	,396	,823
P40	139,77	101,013	,631	,817
P41	139,63	104,171	,399	,823
P42	140,43	107,289	,221	,827

## CUESTIONARIO 2: Gestión de riesgos

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	30	3,6
	Excluido <sup>a</sup>	795	96,4
	Total	825	100,0

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

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,854	22

### 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
Q1	69,53	44,740	,446	,848
Q2	70,27	44,892	,445	,848
Q3	69,47	45,844	,239	,856
Q4	69,33	43,540	,292	,859
Q5	69,67	44,782	,517	,846
Q6	69,60	43,076	,552	,843
Q7	69,53	44,740	,446	,848
Q8	70,27	44,892	,445	,848
Q9	69,67	44,782	,517	,846
Q10	69,60	43,076	,552	,843
Q11	69,53	44,740	,446	,848
Q12	70,27	44,892	,445	,848
Q13	70,27	44,892	,445	,848
Q14	69,47	45,844	,239	,856
Q15	69,33	43,540	,292	,859
Q16	69,67	44,782	,517	,846
Q17	69,60	43,076	,552	,843

Q18	69,53	44,740	,446	,848
Q19	70,27	44,892	,445	,848
Q20	69,67	44,782	,517	,846
Q21	69,60	43,076	,552	,843
Q22	70,27	44,892	,445	,848

**Correlaciones a partir de muestra piloto**

		<b>SUMA_CULT _SEG</b>	<b>SUMA_G_RIE SGOS</b>
<b>SUMA_CULT_SE G</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	<b>1</b>	<b>,672**</b>
	<b>Sig. (bilateral)</b>		<b>,000</b>
	<b>N</b>	<b>30</b>	<b>30</b>
<b>SUMA_G_RIESG OS</b>	<b>Correlación de Pearson</b>	<b>,672**</b>	<b>1</b>
	<b>Sig. (bilateral)</b>	<b>,000</b>	
	<b>N</b>	<b>30</b>	<b>30</b>

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

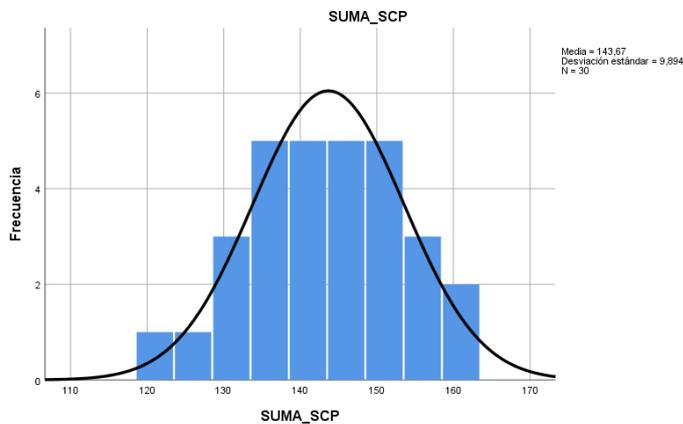
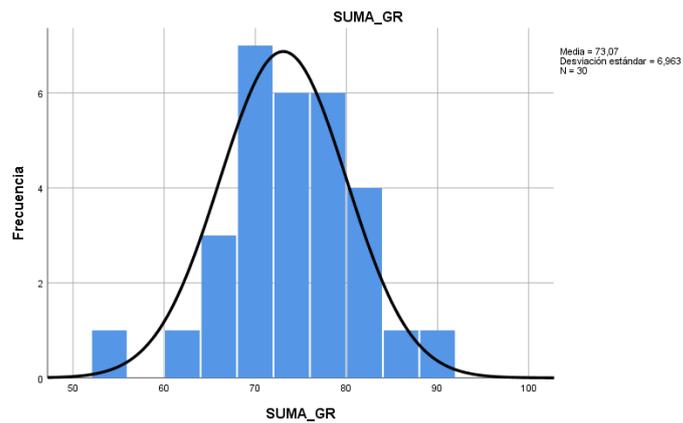
## ANEXO N° 09

### Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
SUMA_SC P	,061	30	,200*	,991	30	,994
SUMA_G R	,130	30	,200*	,978	30	,782

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors



### Pruebas de normalidad de las dimensiones

	Shapiro-Wilk Estadístico	gl	Sig.
T1D1	0.959	30	0.293
T1D2	0.902	30	0.009
T1D3	0.914	30	0.019
T1D4	0.929	30	0.048
T1D5	0.942	30	0.101
T1D6	0.897	30	0.007
T1D7	0.932	30	0.054
T1D8	0.941	30	0.094
T1D9	0.958	30	0.283
T1D10	0.911	30	0.015
T1D11	0.929	30	0.046
T1D12	0.944	30	0.115
T2D1	0.977	30	0.755
T2D2	0.971	30	0.576
T2D3	0.954	30	0.217
T2D4	0.928	30	0.045

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

### ANEXO N°10: Base de datos de muestra piloto

CUESTIONARIO DE CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE																																													
PERSONA	PREGUNTAS																																												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42			
1	3	3	4	4	5	4	3	4	5	4	5	4	3	4	3	4	3	5	5	4	3	4	5	4	3	4	3	4	3	4	3	5	5	3	4	3	4	3	4	3	5	5	4	3	
2	4	3	2	3	3	4	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	5	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	4	5	4	3	3	4	3	4	4	4	4	5	4	3	4	3	
3	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	4	4	3	4	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	3	4	3	4	4	3	
4	3	5	3	5	4	4	3	4	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	4	3	
5	5	4	3	3	4	3	3	2	4	3	4	3	3	2	3	4	4	4	4	4	3	3	2	4	3	3	2	3	4	4	4	4	3	2	3	2	3	4	4	4	4	2	3		
6	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4	3	
7	4	4	5	4	4	3	3	4	5	4	4	3	3	4	3	4	4	5	4	3	3	4	4	3	3	4	3	4	4	4	5	4	3	4	3	4	3	4	3	4	4	5	4	4	3
8	4	4	4	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3
9	3	3	4	4	3	4	3	2	4	3	3	4	3	2	4	4	4	4	4	3	4	3	2	3	4	3	2	4	4	4	4	3	3	2	3	2	4	4	4	4	4	3	2	3	
10	3	4	4	5	4	4	3	4	5	3	4	4	3	4	4	3	4	5	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	5	4	3	4	3	4	4	4	3	4	5	4	4	3		
11	4	2	5	5	2	2	2	3	4	3	2	2	2	3	2	4	4	4	4	2	2	2	3	2	2	2	3	2	4	4	4	2	2	3	2	3	2	4	4	4	4	2	3	2	
12	5	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	2	3	4	4	3	3	3	4	3	3	3	4	2	3	4	4	3	3	4	3	4	2	3	4	4	4	3	4	3		
13	4	3	4	3	3	4	2	3	5	3	3	4	2	3	3	4	4	5	3	4	2	3	3	4	2	3	3	4	4	5	3	2	3	2	3	3	4	4	5	3	3	2			
14	3	4	4	4	4	4	3	3	5	3	4	4	3	3	2	3	5	5	4	4	3	3	4	4	3	3	2	3	5	5	4	3	3	3	3	2	3	5	5	4	3	3			
15	3	3	5	4	4	3	2	5	5	4	4	3	2	5	3	4	5	5	4	3	2	5	4	3	2	5	3	4	5	5	4	2	5	2	5	3	4	5	5	4	5	2			
16	3	4	4	4	3	3	3	4	5	4	3	3	3	4	2	3	4	5	3	3	3	4	3	3	3	4	2	3	4	5	3	3	4	3	4	2	3	4	5	3	4	3			
17	5	4	4	3	3	3	2	4	3	3	3	3	2	4	3	4	3	3	3	3	2	4	3	3	2	4	3	4	3	3	3	2	4	2	4	3	4	3	3	3	4	2			
18	3	5	4	4	4	3	3	3	2	4	4	3	3	3	3	4	5	2	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4	5	2	4	3	3	3	3	3	3	4	5	2	4	3	3		
19	2	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	3	4	4	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	3	3	
20	2	3	3	4	3	3	3	4	3	4	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	4	3	4	3	3	2	3	3	4	3	4	3	
21	4	4	2	5	3	4	3	4	4	4	3	4	3	4	2	2	4	4	3	4	3	4	3	4	3	4	2	2	4	4	3	3	4	3	4	2	2	4	4	3	4	3	4	3	
22	4	4	3	3	4	3	2	4	4	4	4	3	2	4	2	4	4	4	4	4	3	2	4	4	3	2	4	2	4	4	4	2	4	2	4	2	4	4	4	4	4	4	4	2	
23	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	

24	5	5	4	3	4	4	2	3	4	4	4	4	2	3	3	2	5	4	4	4	2	3	4	4	2	3	3	2	5	4	4	2	3	2	3	3	2	5	4	4	3	2		
25	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	2	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	2	3	3	4	3	3	4	3	4	2	3	3	4	3	4	3		
26	4	3	4	3	2	3	4	3	4	3	2	3	4	3	2	4	3	4	2	3	4	3	2	4	3	4	2	4	3	4	2	4	3	4	3	2	4	3	4	2	3	4		
27	4	4	4	4	3	4	2	4	2	3	3	4	2	4	3	4	2	2	3	4	2	4	3	4	2	4	3	4	2	2	3	2	4	2	4	3	4	2	2	3	4	2		
28	5	3	3	3	4	4	2	3	2	3	4	4	2	3	3	4	5	2	4	4	2	3	4	4	2	3	3	4	5	2	4	2	3	2	3	3	4	5	2	4	3	2		
29	4	4	4	3	4	4	3	4	2	3	4	4	3	4	2	4	5	2	4	4	3	4	4	4	3	4	2	4	5	2	4	3	4	3	4	2	4	5	2	4	4	3		
30	4	4	3	3	3	4	3	4	2	3	3	4	3	4	3	4	3	2	3	4	3	4	3	4	3	4	3	4	3	2	3	3	4	3	4	3	4	3	4	3	2	3	4	3

**CUESTIONARIO DE GESTION DE RIESGOS**

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

26	3	4	3	4	3	2	3	4	3	2	3	4	4	3	4	3	2	3	4	3	2	4
27	4	2	4	2	3	3	4	2	3	3	4	2	2	4	2	3	3	4	2	3	3	2
28	4	2	3	2	3	4	4	2	3	4	4	2	2	3	2	3	4	4	2	3	4	2
29	4	3	4	2	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4	2	3	4	4	3	3	4	3
30	4	3	4	2	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	2	3	3	4	3	3	3	3





**CUESTIONARIO DE GESTION DE RIESGOS**

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

<b>25</b>	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3
<b>26</b>	3	4	3	4	3	2	3	4	3	2	3	4	4	3	4	3	2	3	4	3	2	4
<b>27</b>	4	2	4	2	3	3	4	2	3	3	4	2	2	4	2	3	3	4	2	3	3	2
<b>28</b>	4	2	3	2	3	4	4	2	3	4	4	2	2	3	2	3	4	4	2	3	4	2
<b>29</b>	4	3	4	2	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4	2	3	4	4	3	3	4	3
<b>30</b>	4	3	4	2	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	2	3	3	4	3	3	3	3