



Universidad César Vallejo

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

**Gestión de riesgos y seguridad del paciente en profesionales de
enfermería en áreas críticas de un hospital de Lima 2024**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Rocha Paucarpura, Silvia (orcid.org/0009-0006-3792-7151)

ASESORAS:

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

Dra. Diestra Cueva, Elizabeth Teresa (orcid.org/0000-0002-4321-0759)

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

LIMA - PERÚ

2024



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, MENESES LA RIVA MONICA ELISA, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Gestión de riesgos y seguridad del paciente en profesionales de enfermería en áreas críticas de un hospital de Lima 2024", cuyo autor es ROCHA PAUCARPURA SILVIA, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 17%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

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

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

LIMA, 13 de Agosto del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
MENESES LA RIVA MONICA ELISA DNI: 09429302 ORCID: 0000-0001-6885-9207	Firmado electrónicamente por: MLARIV el 13-08- 2024 09:06:30

Código documento Trilce: TRI - 0859445





UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, ROCHA PAUCARPURA SILVIA estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Gestión de riesgos y seguridad del paciente en profesionales de enfermería en áreas críticas de un hospital de Lima 2024", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

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

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

Nombres y Apellidos	Firma
SILVIA ROCHA PAUCARPURA DNI: 10157278 ORCID: 0009-0006-3792-7151	Firmado electrónicamente por: RROCHARO15 el 13- 08-2024 21:03:53

Código documento Trilce: TRI - 0859448



Dedicatoria:

Este trabajo está dedicado a mis amados padres, por el apoyo incondicional. Así mismo a mis hijos y esposo por ser el pilar de mi vida y motivación para lograr mi objetivo en cada fase de mi vida, logrando así mis metas, propósitos personales y profesionales.

Agradecimiento:

Agradezco infinitamente a los docentes de la Universidad Cesar Vallejo, por bríndame conocimiento para poder seguir superándome día a día y así cumplir con mis metas de superación personal y profesional. A mi asesora Dra. Mónica Elisa Meneses La Riva por la paciencia, excelente misión como docentes para guiar mi aprendizaje durante esta etapa de posgrado.

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Declaratoria de Autenticidad del Asesor.....	ii
Declaratoria de Originalidad del Autor.....	iii
Dedicatoria:.....	iv
Agradecimiento:	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. METODOLOGÍA.....	14
III. RESULTADOS.....	18
IV. DISCUSIÓN.....	22
V. CONCLUSIONES.....	27
VI. RECOMENDACIONES.....	28
REFERENCIAS.....	
ANEXOS	

Índice de tablas

Tabla 1 Gestión de Riesgos	18
Tabla 2 Dimensiones de la Gestión de Riesgos.....	18
Tabla 3 Seguridad del Paciente de UCI	19
Tabla 4 Dimensiones de la Seguridad del Paciente de UCI.....	19
Tabla 5 Prueba de Normalidad	20
Tabla 6 Prueba de Hipótesis General	20
Tabla 7 Prueba de Hipótesis Específica 1	21
Tabla 8 Prueba de Hipótesis Específica 2.....	21

Resumen

La presente investigación está vinculada con la ODS 3 cuyo objetivo es determinar la relación entre la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en enfermeros de áreas críticas de un hospital en Lima. Es un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo-correlacional y transversal. Con una población de 150 enfermeros en unidades críticas, obteniendo una muestra de 108 profesionales. Se aplicaron dos cuestionarios: uno de Gestión de Riesgo con 24 ítems y otro de Seguridad del Paciente con 21 ítems, ambos con respuestas tipo Likert y confiabilidad de Alfa Cronbach de 0.937 y 0.948 respectivamente. Los resultados mostraron que el 56.5% de los participantes percibían la gestión de riesgos en un nivel regular, mientras que el 48.1% consideraba la seguridad del paciente también en un nivel regular. Se halló una relación significativa y positiva entre la gestión de riesgos y la seguridad del paciente, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.495 y una significancia de 0.000, aceptando así la hipótesis alternativa. Además, las dimensiones de estructura y procesos presentaron correlaciones de 0.374 y 0.527, respectivamente, ambas con significancia de 0.000. En conclusión, mejoras en la gestión de riesgos podrían estar asociadas con mejoras en la seguridad del paciente.

Palabras clave: *Gestión de riesgos, seguridad del paciente, eventos adversos.*

Abstract

The present research is linked to ODS 3 whose objective is to determine the relationship between risk management and patient safety in nurses in critical areas of a hospital in Lima. It is a quantitative, non-experimental, descriptive-correlational and cross-sectional study. With a population of 150 nurses in critical units, obtaining a sample of 108 professionals. Two questionnaires were applied: a Risk Management questionnaire with 24 items and a Patient Safety questionnaire with 21 items, both with Likert-type responses and Cronbach's Alpha reliability of 0.937 and 0.948, respectively. The results showed that 56.5% of the participants perceived risk management at a fair level, while 48.1% considered patient safety also at a fair level. A significant and positive relationship was found between risk management and patient safety, with a Pearson correlation coefficient of 0.495 and a significance of 0.000, thus accepting the alternative hypothesis. In addition, the structure and process dimensions presented correlations of 0.374 and 0.527, respectively, both with a significance of 0.000. In conclusion, improvements in risk management could be associated with improvements in patient safety.

Keywords: Risk management, patient safety, adverse events.

I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad se está tomando con sumo interés el estudio de la gestión de riesgos y su incidencia en la seguridad del paciente en alineación con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al 2030 con la finalidad de forjar sistemas de salud más robustos y equitativos, destacando especialmente su relevancia en el ODS 3 que busca promover la salud y el bienestar general. La implementación de prácticas seguras en la atención sanitaria es vital para reducir errores médicos y mejorar los resultados de salud, lo que directamente contribuye a disminuir la mortalidad y morbilidad. En conjunto, estos esfuerzos coordinados no solo avanzan hacia la consecución de los ODS, sino que también garantizan un futuro más sostenible y justo en la atención sanitaria a nivel global (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2024).

A nivel internacional la gestión de riesgo en los sistemas de salud representa desafíos cruciales que requieren una atención urgente y sistemática, especialmente al considerar que aproximadamente uno de cada diez usuarios sufre daños durante la atención médica por la ausencia de una adecuada gestión de riesgos que permitan identificar los posibles eventos adversos que se podrían presentar relacionados con la atención de salud. En países cuyos niveles de ingresos se encuentran en bajos y medios, la cifra de mortalidad alcanza a cuatro de cada cien personas a consecuencia de la aparición de eventos adversos. En el contexto de la atención ambulatoria de primer nivel, los datos son igualmente desalentadores donde la gestión de riesgos es ausente y en muchos casos inexistente durante la atención de salud. Sorprendentemente, hasta el 85% de estos daños son potencialmente prevenibles si se considera la gestión de riesgos como una herramienta indispensable en la atención sanitaria (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

En el Perú la gestión de riesgos es una prioridad del sector salud, es así que mediante RM 163-2020-MINSA se ha aprobado las directrices que establecen las rondas respecto a la seguridad como herramienta para la gestión de riesgos en la que las entidades de salud deben aplicar los criterios de evaluación, valoración de riesgos, priorización de intervenciones con la finalidad de evitar, reducir y mitigar los riesgos identificados, establecer planes de acción así como monitorear a través de indicadores de evaluación ; todo esto con la propósito de mejorar los niveles de seguridad del paciente (Ministerio de Salud [MINSA], 2020).

Asimismo, a nivel local se informa que la oferta total de ventiladores del sistema de salud aumentó en un 329% desde abril de 2020, pasando de 574 a 2,472 equipos. Además, el número de camas de las áreas críticas por millón de personas ha aumentado de 19 a 81 desde el inicio de la pandemia. De acuerdo con la Sociedad Peruana de Medicina Intensiva (SOPEMI), en el apogeo de la 2da Ola, se necesitan alrededor de 7 500 camas, lo que representa tres veces más de la dotación actual (Sociedad Peruana de Medicina Intensiva [SOPEMI], 2023).

Por otra parte, la seguridad de paciente en el ámbito global son aspectos críticos que necesitan una intervención meticulosa y urgente en los sistemas de salud. Se calcula que un promedio de tres millones de usuarios muere debido a estos perjuicios en países emergentes y vías de desarrollo. Se considera que más de la mitad de estos daños son evitables, y una gran parte de estos se asocian al uso incorrecto de medicamentos. Se ha reportado que una cuarta parte de cada diez usuarios experimentan los efectos adversos en el nivel primario de atención en salud, y de estos casos, entre el 23.6% y el 85% podrían prevenirse. Los daños comunes que pueden evitarse incluyen errores en la identificación de pacientes, diagnósticos erróneos, prescripciones incorrectas, caídas de pacientes, transfusiones de sangre inadecuadamente examinadas y complicaciones evitables en cirugías. Asimismo, pueden ocurrir otros incidentes como infecciones hospitalarias, úlceras por presión y tromboembolismos venosos. Se ha estimado que, cada año, los perjuicios a los pacientes pueden disminuir el crecimiento económico global hasta en un 0.7%, con costos indirectos que ascienden a billones de dólares. Por tanto, invertir en la prevención de estos errores no solo puede significar un considerable ahorro económico, sino también un avance significativo en la recuperación y seguridad de los pacientes. Por ejemplo, se ha demostrado que involucrar a los pacientes en su propio proceso de atención reduce la frecuencia de daños en un 15% (OMS, 2023).

Asimismo, la seguridad durante el tratamiento de los pacientes es una preocupación latente en el sistema de salud peruano ya que las áreas de atención crítica tienen un papel principal en la asistencia de pacientes críticos, sin embargo, existen desafíos específicos de la gestión sobre los riesgos que pueden afectar la seguridad de los usuarios en estado críticos. Estos desafíos incluyen la escasez de personal, las limitaciones en las condiciones de trabajo, los salarios bajos, el acceso limitado a programas de capacitación en competencias y los problemas en el trabajo en equipo. Comprender la gestión de riesgos y su relación con la seguridad del

paciente es esencial para mejorar la calidad de las atenciones que se brinde en las áreas críticas en los hospitales a nivel nacional. Antes de la pandemia, la población no tenía mayores problemas con la cantidad de camas en unidades críticas en el país, sin embargo, la COVID-19 mostró la gran brecha en el sistema de salud y lo urgente que era implementar más ventiladores mecánicos a nivel nacional (MINSA, 2020)

En cuanto a la seguridad se puede afirmar que en el hospital de Lima que pertenece al tercer nivel de atención se pudo observar que en las áreas críticas específicamente el personal de salud tiene una sobrecarga excesiva de trabajo, muchas veces realizan más de una actividad laboral de manera simultánea lo que lleva a una situación de riesgo por falta de concentración, así mismo la falta de una infraestructura adecuada genera hacinamiento en el establecimiento de salud por los años de antigüedad y que a la fecha no se están realizando gestiones que permitan adecuar eficientemente los servicios críticos lo que genera eventos de bioseguridad que perjudican a los pacientes que acuden diariamente a los establecimientos, motivando de esta manera a realizar un estudio respecto a la gestión de riesgo y su relación con la seguridad de los usuarios que se encuentran en áreas críticas en la entidad.

En ese contexto se formula como problema general: ¿Cuál es la relación entre la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024?; Y como problemas específicos a) ¿Cuál es la relación de la estructura, proceso de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024?

Justificación Teórica: Se fundamenta en principios fundamentales de la atención médica. La literatura científica y estudios previos respaldan la idea de que una gestión efectiva de riesgos está directamente vinculada a prevenir la ocurrencia de eventos adversos en entornos de cuidados críticos, estas teorías respaldan la importancia de identificar y abordar riesgos potenciales para garantizar la excelencia en la atención.

Justificación Práctica: Desde una perspectiva práctica implica implementar cambios concretos en los procesos y protocolos hospitalarios. La realidad de escasez de personal, salarios bajos y limitaciones en la capacitación necesita respuestas prácticas. Mejorar la gestión de riesgos implica desarrollar estrategias específicas para abordar estas deficiencias, como mejorar la planificación estratégica, el

incremento de financiamiento, el otorgamiento de recursos y la incorporación de planes de capacitación accesibles.

Justificación Social: Tiene relevancia social fundamentada en la calidad de la atención en áreas críticas que impacta de manera directa en la vida y salud de los usuarios críticos. La sociedad peruana merece recibir cuidados de alta calidad, y la falta de una gestión efectiva de riesgos en áreas críticas puede comprometer la seguridad del paciente. Además, considerando el contexto post-COVID-19 y el requerimiento de ampliar las capacidades de las áreas críticas, comprender y mejorar la gestión de riesgos se convierte en un imperativo para fortalecer el sistema sanitario y otorgar atenciones más eficaces y seguras.

Justificación Metodológica: se fundamenta en la recopilación de información cuantitativa que propició la evaluación sobre la relación entre las variables mediante estadísticas y métricas específicas para obtener una visión holística y basada en evidencia, brindando recomendaciones prácticas y teóricamente fundamentadas para mejorar las prácticas sanitarias en áreas críticas.

De igual forma se estableció el objetivo general: Determinar la relación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024; Y como objetivos específicos

a) Determinar la relación de la estructura, proceso de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024.

Como antecedentes se tiene a nivel internacional: Urrego (2021) tuvo como objetivo profundizar en la administración de riesgos y el resguardo del paciente en las prestaciones sanitarias, a través de la aplicación de una estrategia específica denominada Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). La metodología del estudio se centra en la utilización del AMFE. Este enfoque se propone inicialmente como una prueba piloto, que podría expandirse a otros servicios de la institución. En cuanto a los resultados se pudo inferir una mejor comprensión de los riesgos presentes en los consultorios externos y la efectividad de las intervenciones AMFE para mitigar estos riesgos. Las conclusiones destacan que el estudio de las variables son elementos cruciales para optimizar la calidad en las prestaciones sanitarias. Además, es probable que subrayen la utilidad del AMFE como herramienta tanto reactiva como proactiva para la administración de riesgos, sugiriendo su potencial adopción en otros servicios de la institución.

Torres (2023) el objetivo fue desarrollar y validar un protocolo de gestión de riesgos que permita optimizar la atención y aumentar el resguardo del paciente. La metodología adoptada en esta investigación es de carácter cualitativo, haciendo uso de métodos teóricos y empíricos para profundizar en la problemática y las soluciones potenciales. Los resultados del estudio culminaron en la creación de un protocolo integral que abarca conceptos clave, identificación y descripción de riesgos, eventos adversos tales como omisiones de órdenes médicas, fugas de pacientes, entregas equivocadas de resultados, errores de traslado y caídas. Además, el protocolo incluye detalles como el perfil del personal, los procesos de evaluación del desempeño, las capacitaciones necesarias y las programaciones de mantenimiento de equipos. También se propusieron indicadores de gestión de riesgos que serán evaluados en un período de 6 meses.

Gil-Aucejo et al. (2022) cuyo objetivo principal fue evaluar cómo el personal de áreas críticas percibía el resguardo del paciente tras finalizar el COVID-19. Teniendo como resultados, la calificación promedio asignada al grado de seguridad fue de 8,06 sobre 10, con una desviación estándar de 1,16. Es relevante destacar que una gran mayoría, el 91,20%, informó no haber realizado notificaciones relacionadas a eventos adversos en los últimos periodos de la pandemia, y un 30,90% había realizado capacitaciones de manera reciente con respecto a la seguridad que se debe brindar a los pacientes.

Yesilyaprak y Demir (2023) el estudio se centró en explorar la relación de la cultura de seguridad y la incidencia de eventos adversos de los profesionales en los entornos de áreas críticas. Los resultados del estudio revelaron que, en general, en la cultura de seguridad se encuentra en un nivel intermedio, con un 65,5% de respuestas positivas en relación con el trabajo en equipo dentro de las unidades. Sin los eventos adversos se encuentran en un nivel notablemente bajo, con solo un 25,3% de respuestas positivas. Además, se observó una correlación estadísticamente significativa de la cultura de resguardo y la frecuencia de eventos adversos en los pacientes, lo que indica una relación directa entre ambos factores.

Como antecedentes nacionales tenemos: Martínez (2023) en un estudio realizado en un hospital de EsSalud en Lima, Perú, buscó determinar cómo fue la relación entre la administración de riesgos y el resguardo de los pacientes en los servicios de Enfermería. Desarrollando un análisis cuantitativo mediante un método no experimental, transversal y correlacional. Los resultados obtenidos revelaron una

asociación entre estas dos importantes áreas de la práctica hospitalaria. Las conclusiones del estudio subrayaron una relación altamente significativa, demostrando cómo una efectiva gestión de riesgos puede contribuir de manera significativa en la seguridad de los usuarios.

Gómez (2020) el objetivo fue diseñar de un modelo de gestión de riesgos orientado a optimizar la calidad en las prestaciones asistenciales en las zonas de emergencia del nosocomio. En términos de metodología, el estudio se basó en el enfoque hipotético-deductivo. El alcance del estudio fue descriptivo con propuesta. Los resultados del estudio, aunque no detallados incluyeron el diagnóstico de las deficiencias actuales en las prestaciones asistenciales y la efectividad del modelo de gestión de riesgos propuesto. Estos hallazgos permitirían validar la hipótesis y ajustar el modelo según fuera necesario para asegurar su aplicabilidad y eficacia en mejorar la calidad de atención. Las conclusiones del estudio, basadas en el análisis y los datos recogidos, resaltaron la importancia de adoptar un modelo de gestión de riesgos bien estructurado y específicamente diseñado para el contexto del servicio de emergencia.

Vera (2023) exploró la relación de la carga de trabajo de los enfermeros y la adherencia a los estándares de seguridad en dos áreas críticas específicas de atención pediátrica en un hospital. Los hallazgos del estudio indicaron que la carga de trabajo promedio de enfermería fue del 69%, mientras que la adherencia a los estándares de seguridad del paciente fue del 59.7%. A través de métodos estadístico se reveló la prevalencia de una correlación significativa y negativa entre la carga de trabajo de enfermería y la adherencia a los estándares de seguridad, con un coeficiente (Rho) de -0.596 y un valor de p muy significativo ($p=0.000 < 0.05$).

Molina y Alexia (2020) el estudio se propuso examinar la relación del ambiente laboral y la cultura de seguridad del personal asistencial en zonas críticas de un hospital. Los resultados del estudio se analizaron utilizando el modelo estadístico Chi cuadrado, que inicialmente no demostró la existencia de una relación de variables, dado que los valores fueron mayores a 0.05. Sin embargo, un cambio en la técnica de análisis al emplear el modelo Spearman reveló un coeficiente de 0.442, afirmando que existe una relación positiva y directa de variables.

Allasi (2022) determinó la relación de gestión de los cuidados de enfermería y la seguridad del usuario en un nosocomio de la sanidad policial. Los resultados de la investigación mostraron que un 61.27% (174 personas) de los participantes calificaron que tanto la gestión de los cuidados, así como la seguridad del paciente son

adecuadas o buenas, mientras que un 26.06% (74 personas) la consideraron inadecuada o mala. El análisis estadístico reveló una correlación fuerte de dirección positiva, con un coeficiente "rho" de 0.927, significativo a un nivel de $p=0,000$ (<0.05).

Velasco (2019) evaluó la opinión del personal sanitario con respecto a la Cultura de Seguridad en áreas críticas de un nosocomio nacional. Los resultados del estudio demostraron una opinión generalmente positiva sobre la cultura de seguridad, como se evidencia por un valor V de Aiken de 0.85, lo cual se considera bueno dentro del rango de coeficiencia. Además, la fiabilidad del cuestionario fue confirmada por un Alfa de Cronbach de 0.802, indicativo de una alta fiabilidad según la escala de medición que califica valores entre 0.61 y 0.80 como altos.

Bases teóricas con respecto a la variable gestión de riesgos teniendo como referente la Teoría de la Gestión de Riesgos en Proyectos de Weick y Roberts (2009) que estudiaron cómo las organizaciones pueden anticipar, prepararse y responder a riesgos en entornos complejos y dinámicos. La gestión de riesgos en unidades de cuidados críticos busca optimizar la seguridad y calidad de las prestaciones sanitarias mediante la reducción del riesgo y el fortalecimiento de una colaboración entre los proveedores de manera efectiva en las prestaciones sanitarias (Haggag et al., 2022). La capacitación en gestión de riesgos clínicos mejora significativamente la competencia y la comodidad del personal enfermero con respecto a la seguridad del paciente (Padash et al., 2023). El modelo de "Gestión de Riesgos Clínicos Sistémicos" (SCRM) favorece en gran medida la optimización de la seguridad y la calidad de las prestaciones mediante el análisis de datos y la implementación de soluciones éticas y sostenibles (De Micco et al., 2021).

La Teoría del Riesgo Moral, propuesta por Kenneth Arrow, examina cómo las personas pueden cambiar su comportamiento cuando están protegidas contra ciertos riesgos. Esta teoría sugiere que la sensibilidad moral juega un papel crucial relacionada a la falta de atención en la seguridad y las prácticas de enfermería, destacando la necesidad de programas éticos personalizados para mejorar la sensibilidad moral de los profesionales de enfermería (Jeong et al., 2021). En situaciones donde la atención médica tiene un alto costo, las autoridades deberían concentrarse en optimizar el gasto renunciado por aquellos que no tienen un seguro completo, en lugar de fomentar un gasto excesivo entre aquellos que están completamente asegurados (Robertson et al., 2020). Además, el riesgo moral en la atención médica se ve significativamente relacionado por el efecto del precio, lo que

puede tener un impacto importante en la disponibilidad y la cobertura del seguro médico durante eventos como la pandemia (Sikora-Alicka & Institute of Law and Economy, Kazimierz Wielki University, 2022).

Además, los riesgos percibidos en relación con la salud ocupacional pueden tener un efecto significativo en el bienestar y en el compromiso de la organización, lo que subraya la necesidad de abordar estas percepciones en el ambiente laboral de las prestaciones sanitarias (Shan et al., 2022).

Por otra parte, en relación con la seguridad de los usuarios tenemos la Teoría del Modelo del Queso Suizo (QI): James Reason, psicólogo británico, reconocido por sus contribuciones en el contexto de la seguridad y la gestión de riesgos. Propuso el modelo del "queso suizo" para representar cómo múltiples fallos en el sistema de atención médica pueden alinearse, resultando en errores o incidentes adversos. Este modelo es un instrumento primordial para que el personal dedicado a la seguridad de los usuarios entienda y mitiguen el error humano en la atención médica, facilitando el análisis de causa raíz y otras actividades de seguridad (Wiegmann et al., 2022).

Las modificaciones al modelo del queso suizo han demostrado tener un efecto positivo en las habilidades, conocimiento y actitudes de los académicos de enfermería hacia la seguridad del paciente, lo que indica la necesidad de revisar currículos y métodos de enseñanza (Elsehrawy et al., 2021). Además, aunque las hospitalizaciones pueden aumentar la seguridad de los medicamentos, la alta prevalencia de medicamentos y combinaciones potencialmente inapropiados sugiere la necesidad de intervenciones para optimizar la seguridad en el suministro de medicamentos en la atención sanitaria suiza (Migliazza et al., 2021). A pesar de las críticas por su visión simplista de los accidentes y su generalidad, el modelo sigue siendo relevante en la investigación de seguridad por sus fundamentos sistémicos y su aplicación continua en industrias de alto riesgo (Larouzee & Le Coze, 2020). Un ejemplo de su eficacia es una iniciativa en un hospital del Reino Unido que logró reducir las caídas de pacientes hospitalizados en un 5% por cada 1,000 días-cama, mediante la identificación y prevención en pacientes de alto riesgo (Boot et al., 2023).

Teoría de los Seis Marcos de Avedis Donabedian médico y epidemiólogo, quien se destacó por su enfoque en las prestaciones sanitarias, proponiendo seis dimensiones críticas para evaluar y optimizar la seguridad y la calidad en el cuidado: seguridad, efectividad, enfoque en el paciente, oportunidad, eficiencia y equidad. Los marcos de gestión de calidad, como el triple objetivo del Instituto de Medicina, han

logrado mejorar la seguridad y la calidad mediante la implementación de prácticas como el consentimiento informado y políticas regulatorias (Shenoy, 2021). En épocas de pandemia, el modelo Donabedian ayudó al personal de emergencias a mantener altos estándares de calidad y seguridad (Binder et al., 2021). Las mejoras en la seguridad en las prestaciones de primer nivel de atención requieren considerar aspectos personales, organizativos y ambientales, así como las demandas de recursos y características de los pacientes (Litchfield et al., 2021). La eficacia en la gestión y el liderazgo, así como una atención segura e integral, son esenciales para optimizar la calidad de las prestaciones sanitaria en contextos como el de la COVID-19 (Moayed et al., 2022). La implementación de políticas específicas, como el Plan de Retribución de Incentivos alineado con la Reforma del Sistema de Prestación y el Programa de Reducción de Condiciones Adquiridas en Hospitales, puede mejorar sustancialmente la calidad y seguridad del paciente (Ali Almalki et al., 2023).

Teoría del Manejo de Incidentes Críticos de Charles Vincent: Charles Vincent, psicólogo británico, propuso la teoría del manejo de incidentes críticos, centrada en la importancia de aprender de los incidentes adversos y errores médicos para mitigar sus efectos en los pacientes. Los trabajadores de la salud enfrentan angustia emocional significativa durante incidentes que implican riesgos de producir lesiones, y la importancia del trabajo colaborativo y las relaciones de confianza es crucial para la seguridad, con un apoyo organizacional esencial para la resolución de estos incidentes (Strid et al., 2021). La mejora en los sistemas de notificación de incidentes críticos requiere un mayor enfoque en las acciones correctivas y la estandarización de la notificación para maximizar su utilidad (Goekcimen et al., 2023). Integrar aspectos éticos en estos sistemas puede aumentar la seguridad de los usuarios y el bienestar del personal, apoyando consultas de ética clínica y promoviendo un comportamiento ético en la gestión de riesgos y calidad (Wehkamp et al., 2021).

Teoría de Cultura de Seguridad propuesto por Lucian Leape: médico estadounidense, enfatizó la necesidad de una cultura organizacional que priorice la seguridad del paciente, fomente la comunicación abierta y promueva el aprendizaje de los errores. Factores como liderazgo, trabajo en equipo, atención al paciente, comunicación, aprendizaje y justicia son fundamentales para establecer y mejorar la cultura respecto a la seguridad de los usuarios en los nosocomios (Purnomo et al., 2021). Un ambiente de alta seguridad también requiere eficiencia en el trabajo en

equipo, ayuda mutua y apoyo gerencial, aunque se necesitan mejoras en áreas como la retroalimentación y la estandarización de herramientas (Segura-García et al., 2023). Las condiciones laborales, como largas jornadas y múltiples turnos nocturnos, pueden influir negativamente en la cultura de seguridad, afectando de manera diferente a médicos y enfermeras (Hayashi et al., 2020).

Con respecto a la definición de la gestión de riesgos tenemos que es un conjunto de tácticas y procedimientos diseñados para reducir o eliminar las amenazas que podrían presentarse en el ámbito de la atención médica. Esta área se caracteriza por su naturaleza proactiva y metódica, que incluye la identificación, valoración y manejo de los diferentes riesgos a los que podría enfrentarse un paciente durante su tratamiento. En el ámbito sanitario, este enfoque se aplica con el objetivo específico de disminuir los peligros que podrían comprometer la seguridad de los usuarios y la efectividad de los servicios de salud (Velasco, 2023).

La gestión de los riesgos para la salud abarca estrategias para abordar los posibles riesgos que se pueden presentar durante las prestaciones sanitarias, prevenir enfermedades y promover el bienestar dentro de una población o grupo específico. Otro de los objetivos es mejorar los resultados de salud pública mediante la implementación de intervenciones que mitiguen los riesgos, mejoren las conductas de salud y optimicen el sistema prestacional. Este proceso implica un seguimiento y una evaluación continuos para adaptar las estrategias en función de las amenazas sanitarias emergentes, los cambios demográficos y la evolución del conocimiento científico (López y Ortega, 2001).

Es esencial considerar la Gestión Integral de Riesgos como una estrategia integral y transversal que establezca acciones para reducir, prevenir y/o eliminar los efectos adversos durante la atención médica. Esto implica la ubicación, evaluación, medición y seguimiento de los mismos, facilitando así la implementación de soluciones que favorecen tanto a pacientes como a sus familias, personal de salud y a la población en su conjunto (BlueKanGo, 2023).

El riesgo está conceptualizada como la tendencia a que se produzca un evento adverso específico en un periodo determinado o debido a una situación específica. Además, es la combinación de la probabilidad y de que se produzca un acontecimiento adverso específico como consecuencia de la materialización de un peligro (Haggag et al., 2022).

Por otra parte, la gestión de riesgos implica estrategias para garantizar la

eficacia, la calidad, la seguridad, la equidad y la satisfacción de los servicios de salud, con la finalidad de optimizar las prestaciones médicas. Incluye la implementación y desarrollo de programas de seguridad para los pacientes y la gestión de los riesgos sanitarios, centrándose en la prevención de las infecciones. Asimismo, abarca el mantenimiento de los sistemas de vigilancia, prevención y control de infecciones durante los cambios organizativos para garantizar una eficacia continua. También implica educar a los pacientes y sus familias sobre las notificaciones de reacciones adversas en cuanto al suministro de medicamentos, con la finalidad de incrementar la conciencia de los pacientes y su participación en la seguridad de la atención médica (Sergas, 2014). La gestión de riesgos en una organización sanitaria se estructura en dos dimensiones principales:

La gestión de riesgos en una organización sanitaria se estructura en dos dimensiones principales: D1 Estructura: Esta dimensión engloba la infraestructura organizativa y los recursos dedicados a la seguridad del paciente (Rojas et al., 2021). Según Radwan et al. (2022) La dimensión estructural de la gestión de riesgos se define como la configuración organizativa necesaria para implementar un sistema efectivo de identificación, evaluación y mitigación de riesgos en las unidades de cuidados críticos. Esta dimensión incluye la asignación de roles y responsabilidades claras, la definición de procesos y procedimientos estandarizados, la disponibilidad de recursos adecuados, la integración de tecnología y sistemas de información, y la promoción de una cultura de seguridad y mejora continua en el entorno de atención médica

D2 Procesos: Refiere a las actividades y procedimientos operativos que permiten identificar, evaluar y mitigar los riesgos asociados a la atención sanitaria. Estas dimensiones facilitan una estructura comprensiva y un enfoque procesal para abordar la seguridad del paciente de manera sistemática y continua en el entorno sanitario (Rojas et al., 2021). Según Radwan et al. (2022) la dimensión de procesos de la gestión de riesgos se define como la secuencia de actividades y acciones sistemáticas que se llevan a cabo para identificar, evaluar, mitigar y monitorear los riesgos en las unidades de cuidados críticos. Estos procesos incluyen la recopilación de datos relevantes, el análisis de riesgos, la implementación de medidas de mitigación, el seguimiento de la efectividad de las acciones tomadas y la revisión periódica de los riesgos identificados. La gestión de riesgos se basa en procesos estructurados y bien definidos para garantizar la seguridad y la calidad en la atención

al paciente.

Por otra parte, la seguridad es la sensación que experimentan los pacientes con respecto a la probabilidad de ocurrencia de algún evento adverso que podría provocar un daño potencialmente innecesario asociado con las prestaciones sanitarias. Este concepto implica no solo prevenir y mitigar actividades inseguras durante las prestaciones, sino también realizar las mejores prácticas conocidas para lograr una evolución adecuada en las enfermedades de los pacientes. (SEMICYUC, 2007).

La seguridad del paciente se define como las acciones que prevengan los errores y efectos adversos en los ambientes de prestación asistencial, con el objetivo de mitigar posibles daños que afecten a los pacientes. Implicando la identificación, el análisis y la prevención de errores que podrían provocar eventos adversos, lo que fomenta una posición cultural con respecto a la seguridad en las entidades de prestaciones médicas. Este concepto abarca varios componentes, como la reducción de los errores médicos, la mejora de la comunicación entre los proveedores de atención médica y la mejora de la calidad general de la atención (Vincent y Amalberti, 2016).

La seguridad de los pacientes es un objetivo primordial en la atención médica, ya que garantiza que los pacientes reciban atención en condiciones óptimas sin sufrir efectos adversos. Implica identificar e implementar las mejores prácticas para minimizar los riesgos y brindar una atención de alta calidad. El monitoreo de los indicadores de seguridad permite una comprensión integral de la realidad de los centros de salud, lo que facilita la comparación de los resultados y la implementación de medidas de mejora. Utilizar la evaluación comparativa para comparar las prácticas y mejorar la comunicación entre los trabajadores de la salud a fin de promover un entorno de atención seguro (Carreras et al., 2014).

La seguridad del paciente se centra en la evaluación de competencias, prácticas y percepciones de seguridad del paciente a través de cinco dimensiones clave en la formación y práctica de enfermería.

D1 Apertura en Comunicación (AC): Esta dimensión evalúa la habilidad de los profesionales de enfermería para comunicar efectivamente daños a los pacientes, evaluar riesgos, gestionar emociones en situaciones de error, y promover una cultura no punitiva. (Martínez-Ramírez et al., 2023). La apertura en la comunicación, como lo destaca Lungu (2023), es esencial para un trabajo en equipo eficaz y la prevención

de errores.

D2 Actitud Proactiva para Evitar Riesgos en los Procesos (AP): Se enfoca en la instrucción recibida sobre cómo evitar errores comunes, el aprendizaje de medidas correctivas después de errores. (Martínez-Ramírez et al., 2023). La actitud proactiva para evitar riesgos, analizada por Tello (2023) enfatiza la importancia de identificar y mitigar activamente los peligros potenciales.

D3 Conciencia del Error (CE): Mide la capacidad de auto reconocimiento de prácticas inseguras por parte del personal de enfermería (Martínez-Ramírez et al., 2023). La conciencia del error del factor humano, como menciona Stiletto et al. (2006), son vitales para promover una cultura de aprender de los errores y humanizar la prestación de atención médica.

D4 Comprensión del Factor Humano (CFH): Evalúa la educación recibida sobre los estándares de seguridad (Martínez-Ramírez et al., 2023). La comprensión del factor humano, como menciona Stiletto et al. (2006), son vitales para promover una cultura de aprender de los errores y humanizar la prestación de atención médica.

D5 Complejidad e Interrelación del Sistema (CIS): Incluye la percepción de la inevitabilidad de errores médicos y la observación sobre la actualización de protocolos de seguridad (Martínez-Ramírez et al., 2023). La complejidad y la interrelación del sistema, como señala Reddy - Guzmán (2016), subrayan la naturaleza intrincada de los entornos sanitarios y la necesidad de intervenciones integrales para mejorar los resultados de seguridad del paciente.

Finalmente tenemos como hipótesis general: Existe relación significativa de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024; Y como hipótesis específicas a) Existe relación significativa de la estructura, proceso de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024.

II. METODOLOGÍA

Tipo, enfoque y diseño de investigación: La naturaleza del estudio fue de tipo básico porque se fundamenta en construir un amplio acervo de conocimientos que contribuirán a la resolución de problemas y a la materialización de oportunidades presentes y futuras (CONCYTEC, 2022). Se adoptó un enfoque cuantitativo, caracterizado por la recolección y análisis a nivel numérico con la finalidad de medir e identificar posibles relaciones entre variables. (Hernández y Mendoza, 2018). En consecuencia, se buscó la optimización y seguridad del paciente mediante la gestión de riesgos, generando conocimientos que servirán como base para resolver problemas y sustentar futuras investigaciones en la misma temática. El diseño de investigación es no experimental, dado que no se adoptarán modificaciones intencionales en las variables permitiendo observar su comportamiento tal y como se presente en la naturaleza (Hernández y Mendoza, 2018). El alcance fue correlacional, ya que se busca analizar y comprender la correlación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente, estableciendo una conexión entre las variables (Hernández y Mendoza, 2018).

Variables: Se identificó como Variable 1: Gestión de riesgos en el ámbito de la atención médica se refirió a un conjunto de estrategias y procedimientos que buscan minimizar o eliminar posibles amenazas para los pacientes. Este enfoque se caracteriza por ser proactivo y sistemático, incluyendo la identificación, evaluación y manejo de riesgos, con el fin de mejorar la seguridad del paciente y la eficacia de los servicios de salud (Velasco, 2023). Asimismo, La gestión de riesgos en las organizaciones sanitarias se divide en dos dimensiones principales: la estructura, que incluye la infraestructura organizativa y los recursos para la seguridad del paciente, y los procesos, que abarcan las actividades y procedimientos para identificar, evaluar y mitigar los riesgos en la atención sanitaria. Ambas dimensiones proporcionan un marco y un método procesal para mejorar de forma sistemática y continua la seguridad del paciente en el entorno sanitario (Rojas et al., 2021). La escala Likert con la cual se medirá la variable corresponde a Siempre=5, Casi siempre=4, A veces=3, Casi nunca=2, Nunca=1.

La segunda variable que se identificó es seguridad del paciente que viene a ser la prevención de errores y efectos adversos en los entornos médicos para reducir riesgos y daños. Esto incluye la identificación, análisis y prevención de errores que podrían llevar a eventos adversos, promoviendo así una cultura de seguridad en las

organizaciones sanitarias. Los aspectos claves de este concepto incluyen la disminución de errores médicos, el fortalecimiento de la comunicación entre los proveedores de salud y la mejora continua de la calidad de la atención (Vincent & Amalberti, 2016). De la misma manera la definición operacional se evalúa a través de cinco dimensiones clave que abarcan competencias, prácticas y percepciones. Estas dimensiones son: Apertura en Comunicación, que se centra en la habilidad del personal de enfermería para comunicar daños, gestionar riesgos y emociones en situaciones de error, fomentando una cultura no punitiva; Actitud Proactiva para Evitar Riesgos en los Procesos, que implica la enseñanza de cómo evitar errores comunes y aprender de ellos; Conciencia del Error, que mide el autorreconocimiento de prácticas inseguras; Comprensión del Factor Humano, que evalúa la educación sobre estándares de seguridad; y Complejidad e Interrelación del Sistema, que incluye la percepción de la inevitabilidad de errores y la actualización de protocolos de seguridad (Martínez-Ramírez et al., 2023). La escala Likert con la cual se medirá la variable corresponde a Siempre=5, Casi siempre=4, A veces=3, Casi nunca=2, Nunca=1.

Población y muestra: La población fue el conjunto de profesionales de enfermería que se encuentran en el servicio de UCI un total de 150. Los criterios de inclusión incorporan a los profesionales de enfermería de las unidades críticas y que participaran voluntariamente en la presente investigación. El criterio de exclusión está conformado por los profesionales que por motivos personales no pueden participar de la presente investigación. La muestra fué calculada a través de fórmula de muestra finita cuyo resultado fue de 108 profesionales de enfermería (Anexo 7). El muestreo es probabilístico aleatorio y la unidad de análisis son los profesionales de enfermería que laboran en las áreas críticas del hospital.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos: fue la encuesta que es un conjunto de actividades que posibilitará la adquisición de datos, permitiendo obtener información de forma directa de los participantes en relación con su percepción sobre las variables propuestas. Además, mediante el sondeo se logró recabar datos cuantitativos que fueron sometidos a un análisis estadístico para esclarecer la conexión entre las variables. (Hernández y Mendoza, 2018).

El instrumento es la herramienta que se utilizó en la investigación que consiste en un cuestionario diseñado con la finalidad de recopilar datos precisos y claros sobre el fenómeno de estudio. Se busca, además, que sea de fácil comprensión para

la muestra establecida, con el propósito de reducir al mínimo la probabilidad de obtener respuestas malinterpretadas e incorrectas (Hernández y Mendoza, 2018).

La validez de los instrumentos hace referencia al nivel que este tenga para evaluar y medir el fenómeno de investigación (Hernández y Mendoza, 2018). Para obtener la validez se recurrirá a la opinión de tres expertos en el campo, estos expertos evaluarán detenidamente el instrumento para determinar si estas herramientas son adecuadas para evaluar el fenómeno en el contexto de la salud y servicios sanitarios. Como respuesta de esta evaluación por parte de los expertos revelarán que ambas herramientas son apropiadas y aplicables para medir las variables específicas que se buscaban investigar. Estos hallazgos respaldarán la solidez y la idoneidad de estas herramientas, lo que fortalecerá la validez de la investigación.

La confiabilidad de los instrumentos que permitirán la recolección de la información incluye ítems que se valoraron mediante una escala Likert, que son ampliamente utilizados para medir actitudes y percepciones. En ese contexto la evaluación de la consistencia interna se realizará a través del Coeficiente Alfa de Cronbach, una medida estadística que ayuda a determinar cuán coherentes y fiables son las respuestas proporcionadas por los participantes. Antes de llevar a cabo la recopilación de datos principal, se realizará una prueba piloto con la participación de 15 trabajadores de la organización. El objetivo de esta prueba piloto fue evaluar la confiabilidad de los instrumentos y la interpretación de los ítems por parte de la población. Teniendo como resultados de la prueba piloto demostraran una sólida confiabilidad, mediante la obtención de un coeficiente Alfa de Cronbach. Estos valores indicaran que ambas herramientas son altamente consistentes en la medición de las variables de interés.

Método para el análisis de datos: se realizó inicialmente mediante la implementación de un análisis estadístico descriptivo destinado a condensar y exponer las características esenciales de las variables en estudio. Para evaluar cómo se distribuyen las respuestas en las escalas aplicadas, se empleará un análisis de frecuencia. Dicha evaluación se realizó mediante tablas de distribución de frecuencias organizadas por cada variable y sus dimensiones pertinentes. Seguidamente, se avanza hacia el análisis inferencial, cuyo propósito fue establecer la relación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente. Este proceso implica seleccionar técnicas estadísticas basadas en el tipo de distribución de los datos, determinado por

pruebas de normalidad. Una vez clarificada la distribución de los datos, se procedió a efectuar pruebas de hipótesis que exploran la intensidad y dirección del impacto de las variables analizadas, además de su significancia estadística. Los resultados derivados de estos análisis aportaron ideas valiosas sobre cómo la gestión de riesgos y su relación con la seguridad del paciente dentro del marco de la presente investigación. Estos permitieron verificar la presencia de influencias sobre su naturaleza y el nivel de asociación. Tales descubrimientos son cruciales para la toma de decisiones y la formulación de recomendaciones relativas a la gestión de riesgos y la seguridad del paciente observados.

Aspectos éticos: La investigación se rigió rigurosamente por principios éticos de reconocimiento global, asegurando así la protección de la dignidad y derechos de los sujetos involucrados. Se observa una estricta adherencia a las regulaciones y directrices establecidas tanto en el ámbito internacional como en el nacional, destacando la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, las leyes peruanas sobre ensayos clínicos, y el código de integridad científica del CONCYTEC. Este último fomenta la integridad, la privacidad en la recopilación de datos y el bienestar de los involucrados, promoviendo altos estándares éticos, competencia profesional y cooperación. Además, se asegura la obtención del consentimiento informado y la aceptación voluntaria para participar en la investigación, protegiendo la autonomía de los individuos y asegurando el cumplimiento de las normas éticas requeridas. La investigación se desarrolló bajo estrictos estándares éticos para promover la honestidad, la responsabilidad y la transparencia a lo largo de todo el proceso investigativo, desde la recolección de información hasta la difusión de los hallazgos. Ética e integridad son los cimientos de este estudio, sostenidos por normativas y guías que dictan el comportamiento ético en el ámbito de la investigación científica.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis Descriptivo

Tabla 1

Gestión de Riesgos

	Gestión de riesgo	
	f	%
Deficiente	13	12.0
Regular	61	56.5
Eficiente	34	31.5
Total	108	100.0

Los resultados descriptivos sobre la gestión de riesgo indican que la mayoría de los participantes, el 56.5%, manifiesta que se encuentra en un nivel regular. Un 31.5% afirma que se encuentra en un nivel eficiente, mientras que solo el 12.0% la califica como deficiente. Estos datos sugieren que, aunque existe una apreciable cantidad de personas que ve la gestión de riesgo de manera positiva, la percepción predominante es que hay margen para mejorar y optimizar los procesos actuales. En total, se encuestaron 108 personas.

Tabla 2

Dimensiones de la Gestión de Riesgos

	Estructura		Procesos	
	f	%	f	%
Deficiente	22	20.4	11	10.2
Regular	43	39.8	57	52.8
Eficiente	43	39.8	40	37.0
Total	108	100.0	108	100.0

Los resultados descriptivos muestran que, en cuanto a la estructura, el 39.8% de los encuestados la considera regular y otro 39.8% la califica como eficiente, mientras que un 20.4% la percibe como deficiente. En términos de procesos, el 52.8% de los participantes los evalúa como regulares, un 37.0% los considera eficientes y solo un 10.2% los ve como deficientes. Estos datos sugieren que, aunque hay una percepción positiva tanto de la estructura como de los procesos, con un notable porcentaje de encuestados que los califican como eficientes, la mayoría opina que hay espacio para mejoras, especialmente en los procesos. En total, se encuestaron 108 personas para ambas categorías.

Tabla 3

Seguridad del Paciente de UCI

Seguridad del paciente de UCI		
	f	%
Deficiente	5	4.6
Regular	52	48.1
Eficiente	51	47.2
Total	108	100.0

Los resultados descriptivos sobre la seguridad del paciente en la UCI revelan que casi la mitad de los encuestados, el 48.1%, considera que esta es regular. Un 47.2% de los participantes percibe la seguridad del paciente como eficiente, mientras que solo un 4.6% la califica como deficiente. Estos datos sugieren que, aunque una proporción significativa de personas ve la seguridad del paciente en la UCI de manera positiva, la opinión mayoritaria es que existen áreas que podrían beneficiarse de mejoras. En total, se encuestaron 108 personas.

Tabla 4

Dimensiones de la Seguridad del Paciente de UCI

	Apertura en Comunicación		Actitud proactiva		Conciencia del error		Comprensión del factor humano		Complejidad e interrelación del sistema	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Deficiente	7	6.5	7	6.5	32	29.6	11	10.2	24	22.2
Regular	33	30.6	19	17.6	60	55.6	38	35.2	55	50.9
Eficiente	68	63.0	82	75.9	16	14.8	59	54.6	29	26.9
Total	108	100.0	108	100.0	108	100.0	108	100.0	108	100.0

Los resultados descriptivos revelan diversas percepciones en varios aspectos de la gestión organizacional. En términos de apertura en comunicación, la mayoría (63.0%) la considera eficiente. En cuanto a la actitud proactiva, un notable 75.9% la califica como eficiente. Sin embargo, en la conciencia del error, la mayoría (55.6%) la ve como regular, con un significativo 29.6% que la percibe como deficiente. La comprensión del factor humano es vista como eficiente por el 54.6% de los encuestados, aunque un 35.2% la considera regular. Finalmente, la complejidad e interrelación del sistema es evaluada como regular por el 50.9% de los participantes, mientras que un 26.9% la percibe como eficiente y un 22.2% como deficiente. Estos datos destacan que,

aunque hay áreas con percepciones mayoritariamente positivas, como la actitud proactiva y la apertura en comunicación, existen otras áreas, especialmente la conciencia del error y la complejidad del sistema, que presentan desafíos importantes y oportunidades de mejora. En total, se encuestaron 108 personas en cada categoría.

3.2. Análisis Inferencial

Tabla 5

Prueba de Normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Gestión de riesgo	,073	108	,197	,983	108	,172
Seguridad del paciente de UCI	,080	108	,082	,966	108	,007

La prueba de normalidad utilizando el modelo Kolmogorov-Smirnov para las variables "Gestión de riesgo" y "Seguridad del paciente de UCI" indica que, para la primera variable, el estadístico es 0.073 con un valor de significancia (Sig.) de 0.197, lo que sugiere que los datos no se desvían significativamente de una distribución normal. Para la "Seguridad del paciente de UCI", el estadístico es 0.080 con un valor de significancia de 0.082, lo que también indica que los datos no presentan una desviación significativa de la normalidad. Dado que ambas muestras son mayores a 50 participantes, los resultados sugieren que podemos asumir la normalidad de los datos para ambas variables bajo el modelo de Kolmogorov-Smirnov. Por lo tanto, para el análisis inferencial se utilizó el método de correlación Pearson porque la distribución de los datos sigue una tendencia de normalidad.

Prueba de Hipótesis General

Tabla 6

Prueba de Hipótesis General

		Gestión de riesgo	Seguridad del paciente de UCI
Gestión de riesgo	Correlación de Pearson	1	,495**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	108	108

Los resultados de la prueba de hipótesis general revelan un coeficiente de correlación Pearson = 0.495 y un valor de significancia = 0.000 menor a 0.05. Esto representa la existencia de una relación positiva moderada y significativa entre la

gestión de riesgos y la seguridad del paciente en la UCI, rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alternativa, sugiriendo que mejoras en la gestión de riesgos podrían asociarse con mejoras en la seguridad del paciente. En el estudio participaron 108 profesionales de enfermería.

Prueba de Hipótesis 1

Tabla 7

Prueba de Hipótesis Especifica 1

		Estructura	Seguridad del paciente de UCI
Estructura	Correlación de Pearson	1	,374**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	108	108

Los resultados de la prueba de hipótesis específica 1 revelan un coeficiente de correlación Pearson = 0.374 y un valor de significancia = 0.000 menor a 0.05. Esto representa la existencia de una relación positiva moderada y significativa entre la estructura de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en la UCI, rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alternativa, sugiriendo que mejoras en la gestión de riesgos podrían asociarse con mejoras en la seguridad del paciente. En el estudio participaron 108 profesionales de enfermería.

Prueba de Hipótesis 2

Tabla 8

Prueba de Hipótesis Especifica 2

		Procesos	Seguridad del paciente de UCI
Procesos	Correlación de Pearson	1	,527**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	108	108

Los resultados de la prueba de hipótesis específica 1 revelan un coeficiente de correlación Pearson = 0.374 y un valor de significancia = 0.000 menor a 0.05. Esto representa la existencia de una relación positiva moderada y significativa entre la estructura de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en la UCI, rechazando la hipótesis nula y aceptando la hipótesis alternativa, sugiriendo que mejoras en la gestión de riesgos podrían asociarse con mejoras en la seguridad del paciente. En el estudio participaron 108 profesionales de enfermería.

IV. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la investigación revelan que la variable gestión de riesgos es percibida por los participantes como predominante en un 56.5% obteniendo un nivel regular, mientras que el 31.5% considera que la gestión de riesgos es eficiente, y a su vez un 12% la califica como deficiente. Esta percepción de gestión regular es consistente con los antecedentes de Urrego (2021), quien destacó la necesidad de una mejor comprensión y manejo de los riesgos en el ámbito sanitario, utilizando herramientas como el AMFE para mejorar las intervenciones.

Asimismo, Torres (2023) validó un protocolo de gestión de riesgos que también subrayó la importancia de una metodología estructurada y detallada para la optimización de la atención y seguridad del paciente. Estos hallazgos pueden interpretarse a la luz de la Teoría de la Gestión de Riesgos en Proyectos de Weick y Roberts (2009), que enfatiza la anticipación y respuesta a riesgos en entornos complejos. La prevalencia de una percepción regular sugiere la necesidad de fortalecer la capacitación en gestión de riesgos clínicos, como se menciona en estudios recientes que indican mejoras en la competencia y comodidad de los profesionales de enfermería en cuestiones de seguridad del paciente.

Por otro lado, la variable seguridad del paciente muestran que casi la mitad de los encuestados la considera regular (48.1%), mientras que una proporción similar la califica como eficiente (47.2%) y solo un pequeño porcentaje la ve como deficiente (4.6%). Estos datos encuentran eco en los hallazgos de Gil-Aucejo et al. (2022), quienes señalaron una percepción de seguridad alta, y en el estudio de Yesilyaprak y Demir (2023), que identificaron una correlación significativa entre la cultura de seguridad y la incidencia de eventos adversos. En ambos casos, la percepción de seguridad es positiva, pero con margen para mejoras, lo cual también se observa en la UCI.

Cabe precisar que el modelo del "queso suizo" de Reason (2016) es particularmente relevante, porque sugiere que múltiples fallos pueden alinearse para causar errores, lo que implica la necesidad de revisar y mejorar continuamente los protocolos de seguridad. Este enfoque sistémico puede ayudar a identificar y mitigar errores potenciales, fortaleciendo la seguridad del paciente.

En relación con el objetivo general se evidencio que la gestión de riesgos y la seguridad del paciente tiene un coeficiente de correlación de Pearson 0.495, es un hallazgo crucial de la investigación actual. Esta correlación moderada sugiere que

mejoras en la gestión de riesgos pueden conducir a una mayor seguridad del paciente, alineándose con los antecedentes de estudios nacionales como el de Martínez (2023) y Allasi (2022).

Ambos estudios nacionales también encontraron una fuerte correlación entre una adecuada gestión de riesgos y la mejora en la seguridad del paciente. Sin embargo, las metodologías utilizadas difieren, con Martínez (2023) adoptando un enfoque cuantitativo no experimental y Allasi (2022) empleando análisis estadísticos que revelaron una correlación significativamente fuerte. Asimismo, en contraste, algunos antecedentes nacionales, como el estudio de Vera (2023), resaltan la carga de trabajo como un factor significativo que afecta la adherencia a los estándares de seguridad, mostrando una relación negativa entre la carga de trabajo y la adherencia a los estándares. Este enfoque no es explícitamente abordado en la investigación actual, sugiriendo una posible área de estudio futura para explorar cómo factores como la carga de trabajo pueden influir en la gestión de riesgos y la seguridad del paciente.

Este resultado es coherente con la Teoría del Riesgo Moral de Kenneth Arrow (1963) que sugiere que la mejora en la gestión de riesgos puede tener un impacto directo en la seguridad del paciente al promover comportamientos más responsables y éticos entre los profesionales de enfermería. Además, subraya la importancia de una cultura organizacional robusta que priorice la seguridad del paciente, como lo propuso Leape (2010) fomentando la comunicación abierta y el aprendizaje de los errores.

En el objetivo específico 1 revela que existe una relación significativa entre la dimensión estructura de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0.374 y un valor de significancia (Sig.) de 0.000. Esto implica una relación positiva y significativa, aunque moderada, sugiriendo que mejoras en la estructura de la gestión de riesgos podrían estar asociadas con mejoras en la seguridad del paciente.

Estos resultados se pueden comparar con los resultados de Martínez (2023) en un hospital de EsSalud en Lima revelaron una correlación significativa entre la administración de riesgos y el resguardo de los pacientes en los servicios de enfermería. Gómez Samaniego (2020) y Vera (2023) también destacaron la importancia de un modelo de gestión de riesgos bien estructurado y su impacto en la

calidad de las prestaciones asistenciales y la adherencia a los estándares de seguridad. Estos estudios respaldan la idea de que una estructura adecuada en la gestión de riesgos es fundamental para mejorar la seguridad del paciente.

Teóricamente, la Teoría de la Gestión de Riesgos en Proyectos de Weick y Roberts (2009) resalta cómo las organizaciones pueden anticipar, prepararse y responder a riesgos en entornos complejos y dinámicos. Esto se alinea con los hallazgos del estudio, sugiriendo que una estructura bien definida y eficiente en la gestión de riesgos puede mejorar significativamente la seguridad del paciente. El nuevo modelo de "Gestión de Riesgos Clínicos Sistémicos" (SCRM) propuesto por Francesco De Micco en el año 2021 también enfatiza la importancia del análisis de datos y la implementación de soluciones éticas y sostenibles para mejorar la seguridad del paciente (De Micco et al., 2021).

Estos resultados destacan la necesidad de enfocarse en la mejora de la estructura de la gestión de riesgos dentro de la UCI. Aunque una proporción significativa de encuestados reconoce la eficiencia actual, la percepción general de regularidad y la presencia de una opinión notable de deficiencia indican que hay áreas críticas que requieren atención. Las mejoras en la estructura podrían tener un impacto positivo y significativo en la seguridad del paciente, lo que sugiere que las instituciones de salud deberían priorizar las evaluaciones y ajustes estructurales como parte de sus estrategias de gestión de riesgos.

En cuanto al objetivo específico 2 se observa una relación significativa entre la dimensión procesos de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente, con un coeficiente de correlación de Pearson 0.527 y un valor de significancia (Sig.) de 0.000. Esto denota una relación positiva y significativa, con una correlación moderada a alta, sugiriendo que mejoras en los procesos de la gestión de riesgos podrían estar asociadas con mejoras en la seguridad del paciente.

Los resultados se pueden contrastar con los de Martínez (2023), que encontró una relación entre la administración de riesgos y la seguridad del paciente en los servicios de enfermería en un hospital de EsSalud en Lima, Perú. Este estudio resalta cómo una gestión de riesgos efectiva puede contribuir significativamente a la seguridad del paciente, destacando la necesidad de protocolos bien estructurados y una cultura de seguridad sólida.

La teoría de la Gestión de Riesgos en Proyectos de Weick y Roberts (2009) también es relevante en este contexto, ya que enfatiza la anticipación, preparación y

respuesta a riesgos en entornos complejos y dinámicos. La capacitación en gestión de riesgos y la adopción de un enfoque proactivo y sistemático son esenciales para mejorar la seguridad del paciente. Este enfoque está respaldado por la investigación de Padash et al. (2023), que demostró que la capacitación en gestión de riesgos clínicos mejora significativamente la competencia y comodidad de los profesionales de enfermería en cuestiones de seguridad del paciente.

Además, la Teoría del Riesgo Moral de Kenneth Arrow (1963) destaca la importancia de la sensibilidad moral en la relación entre la seguridad del paciente y las prácticas de enfermería. La implementación de programas éticos personalizados puede mejorar la sensibilidad moral de los profesionales de salud, promoviendo prácticas seguras y éticas en la atención médica. En este sentido, el estudio de Jeong et al. (2021) es relevante, ya que sugiere que la sensibilidad moral es crucial para mejorar las prácticas de seguridad en entornos de atención médica.

La percepción de los procesos como mayoritariamente regulares, junto con la relación positiva y significativa entre la mejora de los procesos y la seguridad del paciente, resalta la necesidad de una atención continua y enfocada en la optimización de los procesos de gestión de riesgos en la UCI. Las instituciones deben implementar programas de mejora de procesos que incluyan formación continua, revisión de protocolos y evaluación periódica de la eficiencia de los mismos, para asegurar que se alcancen y mantengan altos estándares de seguridad del paciente.

Con respecto a los aspectos metodológicos detrás de las semejanzas y diferencias observadas entre los resultados obtenidos en el presente estudio y los antecedentes considerados pueden ser diversas y están profundamente arraigadas en el diseño, enfoque y aplicación de las metodologías utilizadas en cada investigación.

Una de las principales razones de semejanza con estudios como los de Martínez (2023) y Yesilyaprak et.al. (2023) radica en el enfoque cuantitativo y el uso de métodos estadísticos para analizar la relación entre la gestión de riesgos y la seguridad del paciente. En ambos casos, así como en el presente estudio, se utilizaron técnicas de correlación para determinar la significancia y la naturaleza de las relaciones entre variables clave. Este enfoque cuantitativo proporciona resultados que son estadísticamente robustos y comparables, lo que facilita la identificación de patrones similares en diferentes contextos.

Por otro lado, la metodología utilizada en el estudio de Urrego (2021), que

emplea el Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE), se centra en un enfoque cualitativo y preventivo, identificando y mitigando riesgos específicos a través de un análisis detallado de fallos potenciales. Esta metodología difiere significativamente del enfoque correlacional utilizado en el presente estudio, lo que puede explicar las diferencias en los resultados. Mientras que el presente estudio se centra en la percepción general y la correlación entre variables, el AMFE proporciona una herramienta detallada y específica para la gestión de riesgos, lo que puede llevar a diferencias en las conclusiones sobre la efectividad de las intervenciones de riesgo.

En el caso de Torres (2023), la investigación adoptó una metodología cualitativa que combinó métodos teóricos y empíricos para desarrollar y validar un protocolo de gestión de riesgos. Esta metodología permitió una comprensión profunda y holística de los riesgos y la implementación de soluciones prácticas, lo que puede diferir del enfoque más general y estadístico del presente estudio. La naturaleza cualitativa del trabajo de Torres (2023) facilita la integración de diversas perspectivas y experiencias, lo cual puede enriquecer los resultados y explicar por qué ciertas áreas específicas de la gestión de riesgos pueden haber sido abordadas de manera diferente.

Asimismo, estudios como los de Molina- Alexia (2020) y Allasi (2022) también utilizan enfoques mixtos o cualitativos, lo que les permite explorar más a fondo las dinámicas subyacentes y contextuales que afectan la seguridad del paciente. Por ejemplo, Molina y Alexia inicialmente no encontraron una relación significativa utilizando Chi cuadrado, pero al cambiar a un análisis con el modelo Spearman, revelaron una relación positiva. Esta flexibilidad metodológica para adaptar y refinar el análisis según las necesidades del estudio contrasta con el enfoque más rígido y cuantitativo del presente estudio, y puede resultar en diferencias en los hallazgos y en la comprensión de las relaciones entre las variables.

De la misma manera, la comparación con los resultados de Vera (2023) y Samaniego (2020) revela que el enfoque en modelos específicos de gestión de riesgos y la consideración de la carga de trabajo y adherencia a estándares de seguridad también pueden conducir a hallazgos variados. Estos estudios, al igual que el presente, subrayan la importancia de un modelo bien estructurado y adaptado al contexto, pero sus metodologías pueden incluir más variables contextuales y cualitativas que permiten una mayor adaptación y aplicabilidad a entornos específicos.

V. CONCLUSIONES

Primero: Se determinó una correlación de Pearson, con un coeficiente de 0.495 y un valor de significancia de 0.000, indican una relación positiva y moderada entre estas dos variables. Esto sugiere que mejoras en la gestión de riesgos están asociadas con mejoras en la seguridad del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), destacando la importancia de una gestión de riesgos eficiente para garantizar la seguridad del paciente.

Segundo: Se encontró un coeficiente de correlación de 0.374 y un valor de significancia de 0.000. Esto indica que, aunque la relación es moderada, una estructura adecuada en la gestión de riesgos contribuye positivamente a la seguridad del paciente. Mejorar los componentes estructurales de la gestión de riesgos puede llevar a un entorno más seguro para los pacientes en la UCI.

Tercero: Se evidencio una relación significativa entre la dimensión procesos de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente, con un coeficiente de correlación de Pearson 0.527 y un valor de significancia (Sig.) de 0.000. Esto denota una relación positiva y significativa, con una correlación moderada a alta, sugiriendo la necesidad de una revisión y mejora continua de los procesos para asegurar un entorno seguro y brindar un cuidado de alta calidad a los pacientes de UCI.

VI. RECOMENDACIONES

Primero: Se sugiere a la Oficina de Gestión de Riesgos y Calidad. Establecer un sistema de gestión de riesgos eficiente, el cual debe ser desarrollado e implementado. Este debe incluir la identificación, evaluación y mitigación de riesgos, asegurándose de que todos los profesionales de la UCI estén capacitados y comprometidos con estos procesos. Además, el Departamento de Capacitación y Desarrollo del Personal debe organizar programas de formación continua para el personal, enfocados en la gestión de riesgos y la seguridad del paciente, utilizando simulaciones y estudios de casos reales para reforzar el aprendizaje y la aplicación práctica de estos conocimientos. (Escobar et al., 2018)

Segundo: Se recomienda a la Dirección de Gestión y Desarrollo Organizacional, revise y fortalezca la estructura existente. Esto implica definir roles y responsabilidades claros para cada miembro del equipo, asegurando que todos comprendan sus funciones específicas en la gestión de riesgos. Asimismo, la Dirección Administrativa debe garantizar que la UCI disponga de los recursos necesarios, tanto tecnológicos como humanos y financieros, para llevar a cabo una gestión de riesgos efectiva. La evaluación y actualización regular de la infraestructura y el equipamiento son esenciales para mantener un entorno seguro para los pacientes y el personal (Ojeda-Ojeda & Rodríguez-Pillaga, 2022).

Tercero: Se recomienda a la Oficina de Mejora Continua de la Calidad, realizar una revisión exhaustiva de los procesos actuales en la UCI y establecer planes de mejora continua. Es vital implementar protocolos claros y estandarizados que faciliten la identificación y gestión de riesgos, asegurando que todo el personal siga las mismas directrices. Además, la Unidad de Auditoría Interna debe establecer un sistema de monitoreo y evaluación constante, realizando auditorías periódicas para identificar áreas de mejora y garantizar el cumplimiento de los protocolos establecidos. Finalmente, la Dirección de Enfermería debe fomentar la participación del personal de enfermería en la identificación de riesgos y en la propuesta de soluciones. Establecer canales de comunicación efectivos permitirá que el personal reporte problemas y sugiera mejoras de manera rápida y eficiente, contribuyendo así a un entorno más seguro y de alta calidad en la atención al paciente en áreas críticas (Sánchez & Mosquera, 2015).

REFERENCIAS

- Ali Almalki, M. A., Ministry of Health, Saudi Arabia, Shlash Alanazy, A. A., Ministry of Health, Saudi Arabia, Ja'far Alenzi, S. M., Ministry of Health, Saudi Arabia, Mirsan Alharbi, Z. D., Ministry of Health, Saudi Arabia, Alanazi, R. G., Ministry of Health, Saudi Arabia, Al Alhareth, A. M. D., Ministry of Health, Saudi Arabia, Hamadi Hamad, M., Ministry of Health, Saudi Arabia, Mahdi Al Yami, A. H., Ministry of Health, Saudi Arabia, Al Alhareth, H. M. D., Ministry of Health, Saudi Arabia, Mutlaq Alanazi, N. K., ... Ministry of Health, Saudi Arabia. (2023). Quality Assurance and Safety Culture in a Healthcare Organization. *INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL SCIENCE AND CLINICAL RESEARCH STUDIES*, 03(10). <https://doi.org/10.47191/ijmscrs/v3-i10-17>
- Allasi Pari, T. C. (2022). *Gestión del cuidado y seguridad del paciente en la sanidad—Policía Nacional del Perú, Huancavelica 2022*. [Universidad Nacional de Huancavelica]. <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/4560>
- Binder, C., Torres, R. E., & Elwell, D. (2021). Use of the Donabedian Model as a Framework for COVID-19 Response at a Hospital in Suburban Westchester County, New York: A Facility-Level Case Report. *Journal of Emergency Nursing*, 47(2), 239-255. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.10.008>
- BlueKanGo. (2023). *Gestión Integral de Riesgos en el sector Sanitario*. <https://mkt.bluekango.com/es-mx/gestion-integral-de-riesgos-en-el-sector-salud-retos-en-la-era-digital>
- Boot, M., Allison, J., Maguire, J., & O'Driscoll, G. (2023). QI initiative to reduce the number of inpatient falls in an acute hospital Trust. *BMJ Open Quality*, 12(1), e002102. <https://doi.org/10.1136/bmjjoq-2022-002102>
- Carreras Viñas, M., Graña Garrido, M. I., Rodríguez Pérez, B., Fiuza Barreiro, B., Martín Rodríguez, M. D., Sobral Fernández, Y., García Cepeda, B., & Pais Iglesias, B. (2014). *Sistema de Seguridad del Paciente y Gestión de Riesgos Sanitarios del Modelo Corporativo de Gestión Integrada de la Calidad del Servicio Gallego de Salud—Consellería de Sanidade—Servizo Galego de Saúde*. <https://www.sergas.es/Calidade-e-seguridade-do-paciente/Sistema-de-Seguridade-do-Paciente-e-Xesti%C3%B3n-de-Riscos-Sanitarios-do-Modelo-Corporativo-de-Xesti%C3%B3n-Integrada-da-Calidade-do->

?idioma=es

- CONCYTEC. (2022). *Investigación básica – Base de Conocimiento*.
<https://conocimiento.concytec.gob.pe/termino/investigacion-basica/>
- De Micco, F., De Benedictis, A., Fineschi, V., Frati, P., Ciccozzi, M., Pecchia, L., Alloni, R., Petrosillo, N., Filippi, S., Ghilardi, G., Campanozzi, L., & Tambone, V. (2021). From Syndemic Lesson after COVID-19 Pandemic to a “Systemic Clinical Risk Management” Proposal in the Perspective of the Ethics of Job Well Done. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 15. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010015>
- Escobar, A., Marroquín, C. de J. S. de, & Hernández, M. Á. V. (2018, octubre 1). Consultoría sobre la estructura documental de un sistema de gestión de calidad basado en la Norma ISO 9001:2015, para los procesos de gestión de suministros de medicamentos e insumos médicos del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD). <https://www.semanticscholar.org/paper/Consultor%C3%ADa-sobre-la-estructura-documental-de-un-de-Escobar-Marroqu%C3%ADn/5828a352778da7a8bd7398131e812e9c3df42974>
- Elsehrawy, M., Shaker., T., Mohamed Abd Elhady, T., & Othman, W. (2021). Effect of Modified Swiss Cheese Model on Patient Safety, Patient Safety Culture, and Medication Errors among Nursing Students. *Assiut Scientific Nursing Journal*, 9(27), 1-10. <https://doi.org/10.21608/asnj.2021.94208.1233>
- Gil-Aucejo, A., Martínez-Martín, S., Flores-Sánchez, P., Moyano-Hernández, C., Sánchez-Morales, P., Andrés-Martínez, M., Calvo-Doñate, E., Bataller-Guerrero, M., & García-García, M. A. (2022). Assessment of the patient safety culture in the ICU of a second level hospital at the end of the third COVID-19 wave. *Enfermería Intensiva*, 33(4), 185-196. <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2021.09.007>
- Goekcimen, K., Schwendimann, R., Pfeiffer, Y., Mohr, G., Jaeger, C., & Mueller, S. (2023). Addressing Patient Safety Hazards Using Critical Incident Reporting in Hospitals: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 19(1), e1-e8. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001072>
- Gómez Samaniego, L. (2020). *Propuesta de modelo de gestión de riesgos para mejorar el nivel de calidad del proceso de atención al paciente en el área de*

- emergencia de un hospital, Lima-2020* [Universidad Continental].
<https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20500.12394/9880>
- Haggag, R. M. S., El Dahshan, M. E. A., & Ageiz, M. H. M. (2022). Risk Management at Critical Care Units: A Concept Analysis. *Menoufia Nursing Journal*, 7(2), 285-292. <https://doi.org/10.21608/menj.2022.269729>
- Hayashi, R., Fujita, S., Iida, S., Nagai, Y., Shimamori, Y., & Hasegawa, T. (2020). Relationship of patient safety culture with factors influencing working environment such as working hours, the number of night shifts, and the number of days off among healthcare workers in Japan: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 310. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05114-8>
- Hernandez-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
- Jeong, H., Nam, K., Kim, H., & Son, Y.-J. (2021). Patient Safety Silence and Safety Nursing Activities: Mediating Effects of Moral Sensitivity. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111499>
- Larouzee, J., & Le Coze, J.-C. (2020). Good and bad reasons: The Swiss cheese model and its critics. *Safety Science*, 126, 104660. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104660>
- Litchfield, I., Perryman, K., Avery, A., Campbell, S., Gill, P., & Greenfield, S. (2021). From policy to patient: Using a socio-ecological framework to explore the factors influencing safe practice in UK primary care. *Social Science & Medicine* (1982), 277, 113906. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113906>
- López, F. J. M., & Ortega, J. M. R. (2001). *Manual de gestión de riesgos sanitarios*. Ediciones Díaz de Santos.
- Lungu, D. (2023). Patient Safety: A Systematic Review of the Literature with Evidence based Measures to Improve Patient Safety in Healthcare Settings. *South American Journal of Academic Research*, 10(2), 27-35.

<https://doi.org/10.21522/tijar.2014.10.02.art003>

Martínez Montoya, D. P. (2023). *Gestión de riesgo y seguridad del paciente en los servicios de enfermería de un hospital de EsSalud, 2023* [Universidad Norbert Wiener].

<https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20500.13053/10923>

Martínez-Ramírez, B., Torres-Soto, N. Y., Orozco-González, C. N., Rojas-Armadillo, M. de L., Peña-Torres, E. F., Méndez-Domínguez, M. I., Martínez-Ramírez, B., Torres-Soto, N. Y., Orozco-González, C. N., Rojas-Armadillo, M. de L., Peña-Torres, E. F., & Méndez-Domínguez, M. I. (2023). La adaptación transcultural, confiabilidad y validez del instrumento actitudes y conocimientos de seguridad del paciente. *Horizonte sanitario*, 22(2), 317-326. <https://doi.org/10.19136/hs.a22n2.5318>

Migliazza, K., Bähler, C., Liedtke, D., Signorell, A., Boes, S., & Blozik, E. (2021). Potentially inappropriate medications and medication combinations before, during and after hospitalizations: An analysis of pathways and determinants in the Swiss healthcare setting. *BMC Health Services Research*, 21(1), 522. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06550-w>

Ministerio de Salud [MINSAL], L.-. (2020). *Directiva sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud (RM N° 163-2020-MINSAL)*.

Moayed, M. S., Khalili, R., Ebadi, A., & Parandeh, A. (2022). Factors determining the quality of health services provided to COVID-19 patients from the perspective of healthcare providers: Based on the Donabedian model. *Frontiers in Public Health*, 10, 967431. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.967431>

Molina, D. C., & Alexia, A. (2020). Entorno laboral y cultura de seguridad del paciente en enfermeras de la unidad de cuidados intensivos—Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa—Perú 2018. *Universidad Católica de Santa María - UCSM*. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20500.12920/9937>

Ojeda-Ojeda, E. A., & Rodríguez-Pillaga, R. T. (2022). Modelo de gestión administrativa y organizacional. *CIENCIAMATRIA*, 8(3), 2083-2100. <https://doi.org/10.35381/cm.v8i3.945>

- Organización de las Naciones Unidad [ONU], M. J. (2024). *Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030*. Desarrollo Sostenible. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2023). *Seguridad del paciente*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Padash, M., Miri, S., Azizzadeh Forouzi, M., Jouparinejad, S., & Farokhzadian, J. (2023). The effect of clinical risk management training on patient safety competency and related aspects in nursing students. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 28(4), 170-176. <https://doi.org/10.1177/25160435231190198>
- Purnomo, A., Peristiowati, Y., & Elina, A. D. (2021). Dimension of Patient Safety Culture. *Interdisciplinary Social Studies*, 1(3), 193-202. <https://doi.org/10.55324/iss.v1i3.35>
- Reason, J. (2016). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Routledge. <https://books.google.com.pe/books?id=UVCFCwAAQBAJ>
- Radwan, H., Mervet, E. D., & Marwa, A. (2022). Risk Management at Critical Care Units: A Concept Analysis. *Menoufia Nursing Journal (Print)*, 7(2), 285-292. <https://doi.org/10.21608/menj.2022.269729>
- Reddy, A. J., & Guzman, J. A. (2016). Quality Improvement Process in a Large Intensive Care Unit: Structure and Outcomes. *American Journal of Medical Quality*, 31(6), 552-558. <https://doi.org/10.1177/1062860615593999>
- Robertson, C. T., Yuan, A., Zhang, W., & Joiner, K. (2020). Distinguishing moral hazard from access for high-cost healthcare under insurance. *PLOS ONE*, 15(4), e0231768. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231768>
- Rojas Rojas, M. A., Ortega Altamirano, D. V., Jerez-Roig, J., & Gama, Z. A. S. (2021). Adaptación transcultural del Questionario AGRASS para evaluar la gestión de riesgos asistenciales. *Journal of Healthcare Quality Research*, 36(4), 191-199. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2021.03.004>
- Sánchez, Á., & Mosquera, P. M. R. (2015). Propuesta de mejora continua y reingeniería de procesos para la gestión de crédito hipotecario de clientes pertenecientes a la Inmobiliaria Lotepec S.A. en la ciudad de Guayaquil. <https://www.semanticscholar.org/paper/Propuesta-de-mejora-continua-y-reingenier%C3%ADa-de-para-S%C3%A1nchez->

Mosquera/d6da5815afcc40a1711ac49d1e01dc47557a14b1

- Sedano Ramos, M. Y. (2023). Gestión del cuidado y aplicación de bioseguridad de las enfermeras de unidad de cuidados intensivos de un hospital pediátrico, Lima 2022. *Repositorio Institucional - UCV*.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20500.12692/106904>
- Segura-García, M. T., Castro Vida, M. Á., García-Martin, M., Álvarez-Ossorio-García De Soria, R., Cortés-Rodríguez, A. E., & López-Rodríguez, M. M. (2023). Patient Safety Culture in a Tertiary Hospital: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2329. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032329>
- Sergas. (2014). *SISTEMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DE RIESGOS SANITARIOS DEL MODELO CORPORATIVO DE GESTIÓN INTEGRADA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO GALLEGO DE SALUD*.
https://www.sergas.es/Calidade-e-seguridade-do-paciente/Documents/6/SISTEMA%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20Y%20GESTION%20DE%20REISGOS-SERGAS_castellano.pdf
- Shan, B., Liu, X., Gu, A., & Zhao, R. (2022). The Effect of Occupational Health Risk Perception on Job Satisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2111.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19042111>
- Shenoy, A. (2021). Patient safety from the perspective of quality management frameworks: A review. *Patient Safety in Surgery*, 15(1), 12.
<https://doi.org/10.1186/s13037-021-00286-6>
- Sikora-Alicka, J. & Institute of Law and Economy, Kazimierz Wielki University. (2022). Moral hazard and its implications on health insurance sector – overview of impact of COVID-19 pandemic. *Optimum Economic Studies*, 1(107), 113-126.
<https://doi.org/10.15290/oes.2022.01.107.08>
- Sociedad Peruana de Medicina Intensiva [SOPEMI]. (2023). Investigación Científico en Medicina Crítica Intensiva. *INTENSIVOS*, 16(2), Article 2.
- Stiletto, R., Röthke, M., Schäfer, E., Lefering, R., & Waydhas, C. (2006). Risk-Management - Ein neuer Aspekt der Qualitätssicherung in der Intensivmedizin: Erste Ergebnisse einer Analyse der IAG Qualitätssicherung

- Intensivmedizin der DIVI. Zentralblatt für Chirurgie, 131(05), 388-392.
<https://doi.org/10.1055/s-2006-951464>
- Strid, E. N., Wåhlin, C., Ros, A., & Kvarnström, S. (2021). Health care workers' experiences of workplace incidents that posed a risk of patient and worker injury: A critical incident technique analysis. *BMC Health Services Research*, 21(1), 511. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06517-x>
- Torres Baster, R. (2023, noviembre 13). Protocolo de gestión de riesgos para la calidad del proceso de atención del paciente en emergencias pediátricas. *enferhlg2023*. <https://socuenfhlg.sld.cu/index.php/enferhlg/2023/paper/view/91>
- Tello Garcia, M. A. (2023). Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*, 22(2), 111-138. <https://doi.org/10.6018/eglobal.531691>
- Urrego Herrera, M. P. (2021). *Gestión de riesgo en un servicio de consulta externa en una institución de salud de primer nivel de atención en salud en la ciudad de Bogotá*. <https://hdl.handle.net/20.500.12495/7376>
- Velasco, C. (2023). *Gestión de Riesgos en el Sistema Sanitario: Un Compromiso con la Calidad y Seguridad del Paciente*. Cercal Group Especialistas en la Industria Farmacéutica. <https://cercal.cl/envinculo/gestion-de-riesgos/>
- Velasco Faustino, S. P. (2019). Cultura de seguridad del paciente: Impresión de la enfermera en la unidad de cuidados intensivos de un hospital nacional de Lima, 2019. *Universidad Peruana Unión*. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/2892>
- Vera Chaparro, D. M. (2023). Carga de trabajo enfermero y adherencia a los estándares de seguridad del paciente en una UCI y UCIN pediátricas, Lima 2022. *Repositorio Institucional - UCV*. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/106294>
- Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Seguridad del Paciente—Estrategias para una asistencia sanitaria más segura*. <https://es.scribd.com/document/385344817/Seguridad-del-paciente>
- Wehkamp, K., Kuhn, E., Petzina, R., Buyx, A., & Rogge, A. (2021). Enhancing patient safety by integrating ethical dimensions to Critical Incident Reporting Systems. *BMC Medical Ethics*, 22(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00593-8>

Weick, K. E., & Roberts, K. (2009). *Making Sense of the Organization, Volume 2: The Impermanent Organization*. John Wiley & Sons.

Wiegmann, D. A., Wood, L. J., Cohen, T. N., & Shappell, S. A. (2022). Understanding the “Swiss Cheese Model” and Its Application to Patient Safety. *Journal of Patient Safety*, 18(2), 119.
<https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000810>

Yesilyaprak, T., & Demir Korkmaz, F. (2023). The relationship between surgical intensive care unit nurses' patient safety culture and adverse events. *Nursing in Critical Care*, 28(1), 63-71. <https://doi.org/10.1111/nicc.12611>

ANEXOS

Anexo 1 Tabla de operacionalización de variables

Variable de estudio	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Gestión de riesgo	<p>La gestión del riesgo es un conjunto de estrategias y prácticas que buscan minimizar o eliminar los riesgos potenciales que pueden surgir durante el proceso de atención médica. Se trata de una disciplina proactiva y sistemática que involucra la identificación, evaluación y control de los tipos de riesgos a los que se expone un paciente durante su atención</p> <p>La gestión de riesgos es un enfoque sistemático para identificar, evaluar y mitigar los posibles peligros o problemas que pueden afectar el desempeño o los resultados de cualquier actividad. En el sector sanitario, esta definición se mantiene, pero se centra específicamente en minimizar los riesgos que pueden afectar la seguridad del paciente y la entrega efectiva de la atención sanitaria (Velasco, 2023).</p>	<p>La gestión de riesgos en una organización sanitaria se estructura en dos dimensiones principales: Estructura: Esta dimensión engloba la infraestructura organizativa y los recursos dedicados a la seguridad del paciente. Procesos: Refiere a las actividades y procedimientos operativos que permiten identificar, evaluar y mitigar los riesgos asociados a la atención sanitaria</p> <p>Estas dimensiones facilitan una estructura comprensiva y un enfoque procesal para abordar la seguridad del paciente de manera sistemática y continua en el entorno sanitario (Rojas Rojas et al., 2021).</p>	Estructura	<p>Acciones de sensibilización sobre seguridad del paciente</p> <p>Materiales de educación y concientización</p> <p>Existencia de una Unidad de Seguridad del Paciente (USP)</p> <p>Liderazgo de la USP</p> <p>Plan de Seguridad del Paciente</p> <p>Profesionales dedicados</p> <p>Infraestructura de la USP</p> <p>Provisión de insumos</p> <p>Capacitación profesional</p> <p>Evaluación de la cultura de seguridad.</p> <p>Comunicación de resultados de evaluaciones</p> <p>Planes de mejora basados en evaluaciones</p>	<p>Escala Likert</p> <p>Siempre =5</p> <p>Casi siempre = 4</p> <p>A veces =3</p> <p>Casi nunca =2</p> <p>Nunca = 1</p>
			Procesos	<p>Sistema de notificación de incidentes</p> <p>Divulgación de eventos centinela</p> <p>Monitoreo de indicadores de seguridad</p> <p>Uso de quejas y reclamos para identificar riesgos</p> <p>Trazabilidad y monitoreo de incidentes</p> <p>Análisis de mortalidad institucional</p> <p>Análisis de procesos judiciales</p> <p>Observación directa para identificación de riesgos</p> <p>Sistemas de alerta electrónicos</p> <p>Listas de cotejo</p> <p>Mapeo de riesgos</p> <p>Rondas de seguridad</p>	
Seguridad del paciente de UCI	<p>La seguridad del paciente se define como la ausencia, para un paciente, de daño innecesario o daño potencial asociado con la atención sanitaria. Este concepto implica no solo prevenir y mitigar actos inseguros dentro de los sistemas de salud, sino también utilizar las mejores prácticas conocidas para lograr la evolución óptima del paciente. En las unidades de cuidados intensivos se dan una serie de circunstancias que aumentan el riesgo con respecto a otras áreas de la asistencia sanitaria, como son la</p>	<p>La definición operacional en el contexto del cuestionario propuesto se centra en la evaluación de competencias, prácticas y percepciones de seguridad del paciente a través de cinco dimensiones clave en la formación y práctica de enfermería.</p> <p>1. Apertura en Comunicación (AC); 2. Actitud Proactiva para Evitar Riesgos en los Procesos (AP); 3. Conciencia del Error (CE); 4. Comprensión del Factor Humano (CFH); 5. Complejidad e Interrelación del</p>	Apertura en Comunicación (AC)	<p>Eficacia en la comunicación de daños a pacientes.</p> <p>Capacitación en la evaluación de riesgos.</p> <p>Conocimiento de acciones correctivas tras errores.</p> <p>Oportunidades para discutir situaciones inseguras observadas.</p> <p>Capacitación en el reporte de errores a colegas y superiores.</p> <p>Gestión de emociones en situaciones de error.</p> <p>Prevención de errores de medicación a través de la comunicación.</p> <p>Promoción de una cultura no punitiva.</p>	<p>Escala Likert</p> <p>Siempre =5</p> <p>Casi siempre = 4</p> <p>A veces =3</p> <p>Casi nunca =2</p> <p>Nunca = 1</p>
			Actitud proactiva para evitar riesgos en los procesos (AP)	<p>Instrucción sobre la evitación de errores comunes.</p> <p>Aprendizaje de medidas correctivas post-error.</p> <p>Discusión en clase sobre prevención de errores comunes.</p> <p>Comprensión de los objetivos de seguridad en la atención sanitaria.</p>	

	<p>complejidad tecnológica, la gravedad y vulnerabilidad de los pacientes, las dificultades de comunicación, la necesidad de rapidez en la atención, el amplio equipo multidisciplinar, la variedad y alto número/dificultad de los procedimientos (SEMICYUC, 2007)</p>	<p>Sistema (CIS) (Martínez-Ramírez et al., 2023)</p>	<p>Conciencia del error (CE)</p>	<p>Auto-reconocimiento de prácticas inseguras. Observación de prácticas inseguras en compañeros. Observación de prácticas inseguras en profesionales establecidos.</p>
			<p>Comprensión del factor humano (CFH)</p>	<p>Educación sobre estándares de seguridad. Enfatización en el seguimiento de protocolos de tratamiento. Importancia del uso correcto de recursos terapéuticos. Enfatización en la higiene de manos y otras prácticas seguras.</p>
			<p>Complejidad e interrelación del sistema (CIS)</p>	<p>Percepción de la inevitabilidad de errores médicos. Observación de desactualización de protocolos de seguridad.</p>

Anexo 2: Instrumentos de recolección de datos

Se presenta el Instrumento de recolección de datos para la investigación titulado Gestión de Riesgos y Seguridad del Paciente en profesionales de enfermería de un hospital de la ciudad del Lima.

Marque con una (X) según considere cada uno de los enunciados detallados a continuación.

I. DATOS GENERALES:

1. **SEXO:** Masculino () Femenino ()

2. **EDAD:**

- < de 30 años ()
- 31- 40 años ()
- 41-51 años ()
- 52-62 años ()
- >63 años ()

3. **AÑOS DE SERVICIO:**

- < 4 Años ()
- 5 años ()
- 6-16 años ()
- 17-20 años ()
- 21-30 años ()
- >31 años ()

4. **PUESTO DE TRABAJO:**

- Enfermera especialista ()
- Enfermera general ()

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relacionadas con el hospital. Siguen sus propios sentimientos a cerca de la entidad para la que trabaja, exprese por favor su grado de percepción en cada una de las frases. Por favor, señale la frecuencia con la que sienta las situaciones presentadas en cada ítem del cuestionario utilizando la siguiente puntuación:

1	2	3	4	5
<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Siempre</i>

II. GESTION DE RIESGOS:

Instrumento de Evaluación de la Gestión de Riesgos Asistenciales en Servicios de Salud - Cuestionario AGRASS (Rojas Rojas et al., 2021)

Estructura de la gestión de riesgos asistenciales	1	2	3	4	5
1. ¿La institución promovió alguna acción de sensibilización para la seguridad del paciente en los últimos 12 meses (evento, campaña, etc.)?					
2. ¿Existen en la institución carteles, folletos, afiches o vídeos haciendo énfasis en la seguridad del paciente?					
3. ¿Existe una unidad organizacional de acuerdo con la estructura de cada institución, responsable de coordinar las acciones de seguridad del paciente (llamada a partir de ahora Unidad de Seguridad del Paciente – USP)?					
4. ¿Existe nombrado un coordinador o jefatura de la USP?					
5. ¿Existe un Plan de Seguridad del Paciente en ejecución?					
6. ¿La institución dispone de profesionales con jornada exclusiva para las actividades de gestión de riesgos asistenciales?					
7. ¿La USP dispone de infraestructura para su funcionamiento?					
8. ¿La institución provee insumos para las acciones de gestión de riesgos asistenciales?					
9. ¿La institución brindó a sus profesionales capacitación en el área (gestión de riesgos, gestión de la calidad, seguridad del paciente etc.)?					
10. ¿La organización evaluó la cultura de seguridad del paciente en los últimos 2 años?					
11. ¿La organización comunicó los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente a los coordinadores clínicos, técnicos, administrativos y profesionales asistenciales?					
12. ¿La organización implementó algún plan de mejora o intervención para optimizar los resultados identificados en la evaluación de la cultura de seguridad del paciente?					
Procesos de la gestión de riesgos asistenciales	1	2	3	4	5
13. ¿Utiliza un sistema interno de notificación de incidentes?					
14. ¿Divulgó entre los profesionales una lista de eventos centinela o eventos adversos graves para su notificación?					
15. ¿Monitorea indicadores de adhesión a las metas internacionales de seguridad del paciente? (adjuntar comprobante para cada ítem)					
16. ¿Utiliza informaciones de las quejas y reclamamos para identificación de riesgos?					
17. ¿Utiliza indicadores de trazabilidad/monitoreo activo incidentes o de resultado para identificar riesgos?					
18. ¿Utiliza la información del comité o grupo de análisis de mortalidad institucional para la identificación de riesgos?					
19. ¿Analiza los procesos judiciales de la institución para la identificación de riesgos?					
20. ¿Utiliza instrumentos de evaluación por observación directa					

para identificar riesgos? (por ejemplo, observación de la higiene de manos, de precauciones de contacto con pacientes en aislamiento, de barreras de protección en la inserción de Catéter Venoso Central - CVC, etc)?					
21. ¿Utiliza sistema electrónico de alerta en historial médico electrónico (por ejemplo, interacciones medicamentosas, recomendaciones estandarizadas de alta para pacientes específicos, etc)?					
22. ¿Utiliza listas de cotejo o verificación para la seguridad del paciente?					
23. ¿Ha realizado un mapeo de riesgos del servicio de salud?					
24. ¿Se realizan rondas de seguridad del paciente en los servicios o unidades para identificar riesgos?					

III. SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Instrumento para evaluar las actitudes y conocimientos de Seguridad del Paciente (Martínez-Ramírez et al., 2023)

Apertura en Comunicación (AC)	1	2	3	4	5
1. ¿He aprendido a comunicar adecuadamente a los pacientes que han sufrido daños o lesiones como resultado de un error?					
2. ¿He aprendido a evaluar los riesgos para la seguridad del paciente?					
3. ¿He aprendido qué medidas tomar si cometo un error?					
4. ¿He tenido la oportunidad de discutir con mis superiores cualquier situación insegura que he observado?					
5. ¿He adquirido los conocimientos necesarios sobre cómo reportar correctamente un error a colegas y superiores?					
6. ¿He trabajado en gestionar mis emociones en caso de cometer un error?					
7. ¿He aprendido técnicas de comunicación efectiva con los pacientes para prevenir errores en la medicación?					
8. ¿Se promueve una cultura de seguridad que me enseñe cómo prevenir la repetición de errores?					
Actitud proactiva para evitar riesgos en los procesos (AP)	1	2	3	4	5
9. ¿Mi formación me permite evitar errores comunes para garantizar la seguridad del paciente?					
10. ¿He aprendido a tomar medidas correctivas inmediatas cuando ocurre un error?					
11. ¿Existen errores frecuentes en enfermería y nos brindan recomendaciones sobre cómo evitarlos?					
12. ¿Mi formación en enfermería me permite identificar los objetivos y prioridades para asegurar una atención sanitaria más segura?					
Conciencia del error (CE)	1	2	3	4	5
13. ¿He cometido alguna vez un acto que no era seguro para el paciente?					

14. ¿He observado que algunos colegas cometen actos inseguros durante la atención de pacientes?					
15. ¿He observado a profesionales de la salud realizar prácticas que no son seguras para el paciente?					
Comprensión del factor humano (CFH)	1	2	3	4	5
16. ¿Se prioriza los estándares de seguridad que se deben seguir con los pacientes?					
17. ¿Se insiste en la importancia de seguir los protocolos de tratamiento para mejorar la atención de la salud?					
18. ¿Se hace énfasis en la importancia del uso adecuado de los recursos terapéuticos para la seguridad del paciente?					
19. ¿Han insistido los jefes de servicio en la importancia de la higiene de manos como parte de las prácticas seguras?					
Complejidad e interrelación del sistema (CIS)	1	2	3	4	5
20. ¿He descubierto que la mayoría de los errores médicos son inevitables?					
21. ¿He observado que los protocolos implementados para la seguridad del paciente están desactualizados?					

Anexo 3: Fichas de validación de instrumentos para la recolección de datos
Evaluación por juicio de expertos

EXPERTO 1



FICHA DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Nombre del instrumento	Instrumento de Evaluación de la Gestión de Riesgos Asistenciales en Servicios de Salud - Cuestionario AGRASS
Objetivo del instrumento	Evaluar la Gestión de Riesgos
Nombres y apellidos del experto	Rina Teresa Vilca Casas
Documento de identidad	10016673
Años de experiencia en el área	15 años
Máximo Grado Académico	Maestro en gerencia de servicio de salud
Nacionalidad	Peruana
Institución	Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Cargo	Lic. Enfermería- Especialista en UCI ADULTO
Número telefónico	941436925
Firma	 Teresa Vilca Casas LIC. ENFERMERIA CEP. 49319
Fecha	14 de mayo del 2024



FICHA DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Nombre del instrumento	Instrumento para evaluar las actitudes y conocimientos de Seguridad del Paciente
Objetivo del instrumento	Evaluar la Seguridad del Paciente
Nombres y apellidos del experto	Rina Teresa Vilca Casas
Documento de identidad	10016673
Años de experiencia en el área	15 años
Máximo Grado Académico	Maestro en gerencia de servicio de salud
Nacionalidad	Peruana
Institución	Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Cargo	Lic. Enfermería- Especialista en uci adulto
Número telefónico	941436925
Firma	 Teresa Vilca Casas LIC. ENFERMERIA C.E.P. 49319
Fecha	14 de mayo del 2024

**REGISTRO NACIONAL DE
GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

VILCA CASAS, RINA TERESA DNI 10166673	Fecha de diploma: 11/05/2007 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES <i>PERU</i>
VILCA CASAS, RINA TERESA DNI 10166673	TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS Fecha de diploma: 31/08/22 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 23/10/2020 Fecha egreso: 29/10/2021	UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER S.A. <i>PERU</i>
VILCA CASAS, RINA TERESA DNI 10166673	MAESTRO DE GESTIÓN EN SALUD Fecha de diploma: 20/10/2023 Modalidad de estudios: SEMIPRESENCIAL Fecha matrícula: 26/09/2020 Fecha egreso: 05/02/2022	UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER S.A. <i>PERU</i>

EXPERTO 2



FICHA DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Nombre del instrumento	Instrumento de Evaluación de la Gestión de Riesgos Asistenciales en Servicios de Salud - Cuestionario AGRASS
Objetivo del instrumento	Evaluar la Gestión de Riesgos
Nombres y apellidos del experto	Yeny Corazao Pacheco
Documento de identidad	40031899
Años de experiencia en el área	14 años
Máximo Grado Académico	Maestro en gerencia de servicio de salud
Nacionalidad	Peruana
Institución	Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Cargo	Lic. Enfermería- Especialista en UCI ADULTO
Número telefónico	968191434
Firma	
Fecha	13 de mayo del 2024



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FICHA DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Nombre del instrumento	Instrumento para evaluar las actitudes y conocimientos de Seguridad del Paciente
Objetivo del instrumento	Evaluar la Seguridad del Paciente
Nombres y apellidos del experto	Yeny Corazao Pacheco
Documento de identidad	40031899
Años de experiencia en el área	14 años
Máximo Grado Académico	Maestro en gerencia de servicio de salud
Nacionalidad	Peruana
Institución	Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Cargo	Lic. Enfermería- Especialista en uci adulto
Número telefónico	968191434
Firma	
Fecha	14 de mayo del 2024

**REGISTRO NACIONAL DE
GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES**

<p>YENY DNI 40031899</p>	<p>Modalidad de estudios: -</p> <p>Fecha matrícula: Sin información (***)</p> <p>Fecha egreso: Sin información (***)</p>	<p>ANDES <i>PERU</i></p>
<p>CORAZAO PACHECO, YENY DNI 40031899</p>	<p>TITULO DE ESPECIALISTA CUIDADO ENFERMERO DEL PACIENTE CRITICO CON MENCION EN EL ADULTO</p> <p>Fecha de diploma: 21/04/15</p> <p>Modalidad de estudios: -</p> <p>Fecha matrícula: Sin información (***)</p> <p>Fecha egreso: Sin información (***)</p>	<p>UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS S.A. <i>PERU</i></p>
<p>CORAZAO PACHECO, YENY DNI 40031899</p>	<p>MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD</p> <p>Fecha de diploma: 12/12/22</p> <p>Modalidad de estudios: SEMIPRESENCIAL</p> <p>Fecha matrícula: 05/04/2021</p> <p>Fecha egreso: 01/09/2022</p>	<p>UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO S.A.C. <i>PERU</i></p>

EXPERTO 3



FICHA DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Nombre del instrumento	Instrumento de Evaluación de la Gestión de Riesgos Asistenciales en Servicios de Salud - Cuestionario AGRASS
Objetivo del instrumento	Evaluar la Gestión de Riesgos
Nombres y apellidos del experto	Karina Galicia Horque
Documento de identidad	40529320
Años de experiencia en el área	12 años
Máximo Grado Académico	Maestro en gerencia de servicio de salud
Nacionalidad	Peruana
Institución	Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Cargo	Lic. Enfermería- Especialista en UCI ADULTO
Número telefónico	944265737
Firma	
Fecha	14 de mayo del 2024



FICHA DE VALIDACIÓN DE JUICIO DE EXPERTO

Nombre del instrumento	Instrumento para evaluar las actitudes y conocimientos de Seguridad del Paciente
Objetivo del instrumento	Evaluar la Seguridad del Paciente
Nombres y apellidos del experto	Karina Galicia Horqqe
Documento de identidad	40529320
Años de experiencia en el área	12 años
Máximo Grado Académico	Maestro en gerencia de servicio de salud
Nacionalidad	Peruana
Institución	Hospital Nacional Arzobispo Loayza
Cargo	Lic. Enfermería- Especialista en uci adulto
Número telefónico	944265737
Firma	 
Fecha	14 de mayo del 2024

REGISTRO NACIONAL DE
GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES

Graduado	Grado o Título	Institución
GALICIA HORQQUE, KARINA DNI 40529320	LICENCIADA EN ENFERMERIA Fecha de diploma: 26/01/2010 Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD PRIVADA "SAN JUAN BAUTISTA" <i>PERU</i>
GALICIA HORQQUE, KARINA DNI 40529320	BACHILLER EN ENFERMERIA Fecha de diploma: 28/09/2009 Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD PRIVADA "SAN JUAN BAUTISTA" <i>PERU</i>
GALICIA HORQQUE, KARINA DNI 40529320	MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD Fecha de diploma: 11/12/2023 Modalidad de estudios: PRESENCIAL Fecha matrícula: 04/04/2022 Fecha egreso: 21/08/2023	UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO S.A.C. <i>PERU</i>

Anexo 4: Resultados del análisis de consistencia interna

I. Variable Gestión de Riesgos

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,937	24

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
VAR00001	68,2000	262,171	,119	,940
VAR00002	67,7333	258,495	,209	,940
VAR00003	68,2667	240,067	,647	,934
VAR00004	68,0000	237,857	,757	,932
VAR00005	68,0667	237,495	,795	,931
VAR00006	68,1333	242,838	,711	,933
VAR00007	68,4667	245,267	,601	,934
VAR00008	68,3333	254,095	,359	,938
VAR00009	67,9333	232,781	,763	,932
VAR00010	67,7333	235,638	,889	,930
VAR00011	67,7333	235,638	,889	,930
VAR00012	67,8000	235,314	,920	,930
VAR00013	67,6667	255,381	,278	,939
VAR00014	68,1333	253,838	,307	,939
VAR00015	68,1333	251,267	,379	,938
VAR00016	67,7333	252,638	,617	,935
VAR00017	67,9333	246,210	,664	,934

VAR00018	67,9333	246,210	,664	,934
VAR00019	68,1333	246,410	,645	,934
VAR00020	67,5333	248,838	,492	,936
VAR00021	68,0667	237,495	,795	,931
VAR00022	68,1333	238,124	,761	,932
VAR00023	67,8667	245,981	,555	,935
VAR00024	67,8000	246,886	,594	,935

II. Variable Seguridad del Paciente

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,948	21

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
VAR00001	63,4667	187,267	,784	,943
VAR00002	63,4000	180,400	,914	,941
VAR00003	63,2667	180,352	,911	,941
VAR00004	63,8000	184,171	,822	,943
VAR00005	63,4667	182,267	,854	,942
VAR00006	63,5333	185,410	,753	,944
VAR00007	63,3333	180,381	,910	,941
VAR00008	63,6667	187,095	,602	,947
VAR00009	63,4000	184,829	,809	,943
VAR00010	63,2000	183,743	,850	,942
VAR00011	63,4667	186,695	,807	,943
VAR00012	63,2000	183,743	,850	,942
VAR00013	64,4667	208,552	-,002	,953

VAR00014	64,0667	206,067	,161	,950
VAR00015	64,1333	206,552	,070	,953
VAR00016	63,9333	198,210	,497	,947
VAR00017	63,8000	197,029	,482	,948
VAR00018	63,4667	192,124	,824	,944
VAR00019	63,1333	187,410	,779	,944
VAR00020	63,9333	196,352	,467	,948
VAR00021	63,8667	195,981	,502	,947

Anexo 5: Consentimiento o asentimiento informado UCV

Título de la Investigación: Gestión de riesgos y seguridad del paciente en profesionales de enfermería en áreas críticas de un hospital de Lima 2024

Investigador: Silvia Rocha Paucarpura

Propósito del estudio: Le invitamos a participar en la investigación, cuyo objetivo es “Determinar la relación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024”, esta investigación es desarrollada por estudiantes de post grado de la Maestría de Gestión de los Servicios de Salud de la Universidad Cesar Vallejo del campus Lima Norte aprobado por la autoridad correspondiente de la universidad y con el permiso de la institución. Los resultados van a permitir obtener conocimiento sobre la gestión de riesgos y seguridad del paciente en el personal de enfermería de las áreas críticas en un hospital de Lima y a partir de ello tomar en cuenta la implementación si fuera el caso de aspectos que mejoren la gestión de riesgos y por ende la seguridad del paciente en la entidad.

Procedimiento:

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

1. Se realizará una encuesta donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación.
2. Esta encuesta tendrá un tiempo aproximado de 15 minutos y se realizará en los ambientes de la institución, posteriormente las respuestas al cuestionario serán codificadas utilizando un número de identificación y por lo tanto serán anónimas.

Problemas o preguntas:

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con la investigadora Silvia Rocha Paucarpuma rrocharo15@ucvvirtual.edu.pe

Consentimiento:

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

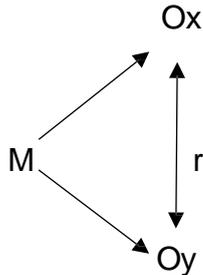
Nombre y Apellido _____.

Fecha y Hora: _____

Anexo 7: Análisis complementario.

Esquema de la investigación y Cálculo de la muestra

Esquema de la investigación



Dónde:

M = Muestra de la investigación

Ox = Variable 1: Gestión de riesgos

Oy = Variable 2: Seguridad del paciente

r = Relación entre Ox y Oy

Cálculo de la muestra

La muestra será calculada a través de fórmula de muestra finita

$$n = \frac{NZ^2 p (1-p)}{(N-1) e^2 + Z^2 p (1-p)}$$

Reemplazando valores:

$$n = \frac{150 \times 1.96^2 \times 0.5 (1-0.5)}{(150-1) 0.05^2 + 1.96^2 \times 0.5 (1-0.5)}$$

n = 108 profesionales de enfermería de UCI

n = Tamaño de muestra buscado

N = Tamaño de la población o Universo

Z = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (N)

P = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

Q = No ocurrencia del evento

e = Error de estimación máximo aceptado

Anexo 8: Autorizaciones para el desarrollo del proyecto de investigación



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia,
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

JEFATURA DE ENFERMERIA

AUTORIZACION PARA REALIZAR ENCUESTA

Sirva el presente para saludarla, y a la vez hacerle de su conocimiento que la Srta. Silvia Rocha Paucarpura, Identificada con DNI 1015278, estudiante de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo con código de matrícula 7003068479, se le **AUTORIZA** para que pueda desarrollar sus encuestas del proyecto de tesis titulada Gestión de riesgos y seguridad del paciente en profesionales de enfermería en áreas críticas de un hospital de Lima 2024, por lo que se le dará todas las facilidades por parte del departamento de enfermería para la realización de encuesta al personal en mención.

HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA
SERVICIOS DE CUIDADOS INTENSIVOS
Y CUIDADOS INTERMEDIOS
M. EVANGELINA ZAPATA TELLO
JEFA ENFERMERIA UCIG - UCICOR
C.E.P. 07536
R.E.E. 0760

Anexo 9: Base de Datos

VARIABLE GESTION DE RIESGOS

ID	Estructura												Procesos											
	P 1	P 2	P 3	P 4	P 5	P 6	P 7	P 8	P 9	P 10	P 11	P 12	P 13	P 14	P 15	P 16	P 17	P 18	P 19	P 20	P 21	P 22	P 23	P 24
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3
2	3	2	1	3	3	3	3	4	2	2	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	3
3	4	4	2	2	2	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4
4	4	4	2	2	2	2	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4
5	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	5	5	4	4	4	3	5	1	1	1	1
6	3	4	5	4	3	2	3	3	4	4	4	3	5	2	1	3	2	2	1	4	3	1	1	2
7	2	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	2	2	5	5	5	5	4	3	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
10	3	4	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	1	2	2	2
11	3	3	3	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
12	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4
13	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
14	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	3	4	4	4	4	3
15	3	5	2	3	3	2	2	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	2	5	4	3	3	4	4
16	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4
17	3	3	1	1	1	3	3	3	4	4	4	4	3	2	2	2	2	2	2	5	4	5	5	5
18	4	4	3	1	1	3	2	3	3	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	2	3	4
19	2	3	1	3	3	1	1	2	2	1	1	1	3	3	2	2	1	1	1	5	3	3	1	3
20	2	4	4	1	4	5	1	3	3	3	3	3	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	3	4
21	2	4	4	1	4	5	1	3	3	3	3	3	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	3	4
22	3	1	5	5	4	4	4	4	3	4	4	4	3	2	2	3	3	5	2	4	4	4	4	4
23	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
24	3	3	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2
25	2	2	2	3	3	3	3	3	1	1	1	1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
26	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
27	5	4	3	3	3	3	2	2	3	4	3	4	4	2	1	2	3	2	1	4	3	2	1	1
28	3	2	5	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	5	3	4	3	4	4
29	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	3	5
30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
31	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
32	3	2	3	3	3	2	3	1	2	3	3	3	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
33	5	5	4	5	5	5	5	3	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	1	1	1	2
34	3	3	1	1	2	1	2	2	3	2	2	2	4	2	2	2	3	3	3	4	4	3	3	3
35	5	5	4	4	3	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	4
36	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
37	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
38	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
39	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4
40	5	4	4	4	4	3	3	5	4	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5
41	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3
42	2	5	4	5	5	4	4	3	5	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	3	2	5	5	5
43	3	3	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3
44	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4
45	3	4	4	4	4	3	2	2	3	2	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	2

46	3	4	4	3	4	4	4	4	4	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3		
47	3	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	3		
48	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		
49	3	3	3	3	3	5	4	3	3	3	3	3	4	4	4	2	4	3	3	4	1	5	3	3	
50	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4		
51	4	3	5	5	4	5	5	3	4	3	3	4	5	2	3	3	4	3	3	4	2	2	3	3	
52	1	4	5	5	5	5	5	4	5	3	3	1	1	1	2	3	1	1	4	5	5	5	5	5	
53	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	3	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	
54	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	2	3	3	3	
55	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
56	1	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	2	1	2	2	2	
57	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
58	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	
59	3	3	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	4	2	3	3	3	
60	3	4	3	2	3	3	3	3	4	3	4	3	2	1	2	2	3	3	3	4	4	3	4	4	
61	3	4	4	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	
62	4	4	5	5	5	5	5	4	2	3	2	3	5	3	2	2	2	2	2	4	1	5	1	5	
63	3	3	3	5	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	
64	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
65	1	3	3	1	5	1	2	2	2	1	1	2	3	3	4	4	3	2	2	4	1	4	2	1	
66	3	3	3	5	5	4	4	4	5	4	4	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
67	3	4	4	3	4	4	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	
68	4	4	4	5	5	4	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	
69	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	3	4	5	5	4	5	4	5	4	4	4	4	5	4	
70	4	3	3	1	3	3	1	3	2	2	2	2	5	3	2	3	2	3	3	5	4	1	3	2	
71	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
72	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
73	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
74	3	2	3	3	3	2	3	1	2	3	3	3	2	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
75	5	5	4	5	5	5	5	3	5	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	1	1	1	2	
76	3	3	1	1	2	1	2	2	3	2	2	2	4	2	2	2	3	3	3	4	4	3	3	3	
77	5	5	4	4	3	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5	4	4	5	5	5	5	5	4	
78	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
79	4	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
80	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	
81	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
82	5	4	4	4	4	3	3	5	4	4	5	4	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	
83	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	
84	2	5	4	5	5	4	4	3	5	4	4	3	4	4	3	4	4	4	3	3	2	5	5	5	
85	3	3	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	
86	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	
87	3	4	4	4	4	3	2	2	3	2	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	2	
88	3	4	4	3	4	4	4	4	4	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	
89	3	3	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	3	
90	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
91	3	3	3	3	3	5	4	3	3	3	3	3	4	4	4	2	4	3	3	4	1	5	3	3	
92	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	
93	4	3	5	5	4	5	5	3	4	3	3	4	5	2	3	3	4	3	3	4	2	2	3	3	
94	1	4	5	5	5	5	5	4	5	3	3	1	1	1	2	3	1	1	4	5	5	5	5	5	
95	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	4	5	3	4	4	4	4	4	5	4	5	4	5	
96	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3	4	2	3	3	3	
97	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	
98	1	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	2	2	2

99	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
100	2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	3
101	3	3	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	4	2	3	3	3
102	3	4	3	2	3	3	3	3	4	3	4	3	2	1	2	2	3	3	3	4	4	3	4	4
103	3	4	4	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
104	4	4	5	5	5	5	5	4	2	3	2	3	5	3	2	2	2	2	2	4	1	5	1	5
105	3	3	3	5	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4
106	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
107	1	3	3	1	5	1	2	2	2	1	1	2	3	3	4	4	3	2	2	4	1	4	2	1
108	3	3	3	5	5	4	4	4	5	4	4	4	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

VARIABLE SEGURIDAD DEL PACIENTE

ID	Apertura en Comunicación								Actitud proactiva				Conciencia del error			Comprensión del factor humano				Complejidad e interrelación del sistema	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21
1	4	4	4	2	5	4	5	5	4	5	3	5	1	2	1	3	2	4	5	3	3
2	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	4	4
4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	2	3	3	3	3	3	3	4	4
5	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	2	3	3	4	5	4	3
6	3	5	5	4	3	2	4	1	5	5	4	5	3	4	5	2	2	3	5	3	4
7	4	4	4	2	4	4	4	4	2	3	2	3	1	2	2	2	2	3	4	4	4
8	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1
9	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	2	2	2	2	2	2
10	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
11	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	4	4	4	4	2	2
12	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3
13	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	3	3	3	3	3	3
14	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	3	3	4	4	4	3	3
15	3	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	2	3	2	4	4	4	4	2	3
16	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	5	2	2
17	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	4	2	3	3	2	3	3	4	3	3
18	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	2	3	2	4	5	5	5	5	4
19	2	3	4	3	4	4	4	1	5	5	1	5	2	5	5	3	1	2	5	3	4
20	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	4
21	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	4	4
22	4	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	2	1	4	5	5	5	5	4	5
23	4	5	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	2	3	3	4	4	4	5	1	3
24	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	4	2	2	2	2	2	2	4	2	2
25	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	1	4	4	5	5	5	5	5	5
26	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
27	1	3	3	3	3	2	2	2	4	3	2	5	1	2	2	4	5	4	5	1	1
28	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	4	3	3	3	3	3	3	5	2	3
29	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	2	5	5	5	5	3	2
30	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	2	5	5	5	5	4	4
31	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
32	5	5	4	5	5	5	5	5	3	3	3	5	1	3	3	3	3	3	3	5	5
33	1	2	4	3	3	3	5	5	2	2	2	5	1	1	1	2	5	5	5	1	1
34	3	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3

35	5	5	5	4	4	4	3	4	5	5	4	5	2	2	2	4	4	5	5	2	2
36	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
37	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	1	3	3	5	5	5	5	5	5
38	3	4	4	3	4	4	4	4	5	5	5	5	2	2	2	5	5	5	5	1	2
39	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	2	5	1	1	1	5	5	5	5	3	1
40	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	1	3	3	5	5	5	5	2	3
41	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	4	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3
42	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	2	2	3	4	4	4	5	4	4
43	5	4	5	5	5	5	5	2	5	4	2	5	3	5	5	1	2	3	5	1	4
44	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
45	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	2	3	3	4	5	5	5	3	4
46	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	1	2	2	3	3	3	3	5	5
47	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	1	2	1	4	4	4	4	3	3
48	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	2	2	2	2	2	2	2	3	3
49	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	2	3	3	4	4	4	5	3	3
50	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	2	5	3	3	3	3	3	3	4	3	3
51	2	4	3	2	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3
52	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	5	4	4
53	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	2	4	4	5	5	5	5	4	3
54	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	1	3	3	4	4	4	4	3	2
55	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
56	1	2	2	1	1	1	1	1	4	4	4	4	1	5	5	1	1	2	4	2	5
57	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5	1	3
58	3	4	5	3	4	5	4	5	5	5	4	5	1	5	5	2	3	3	5	3	5
59	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	2	3	3	2	3	3	3	2	4
60	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2
61	3	3	3	3	3	3	3	3	5	5	4	5	1	3	3	3	3	3	4	3	3
62	1	5	5	5	5	5	3	1	5	5	3	5	2	4	4	4	4	4	5	1	2
63	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3
64	3	3	3	3	3	4	4	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3
65	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5
66	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	3	3	3	3	3	3
67	3	3	3	4	4	4	4	4	5	5	5	4	4	5	5	3	3	3	3	3	4
68	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	2	3	2	4	4	4	4	2
69	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	3	3	3	4	4	4	5	4	3
70	2	3	4	5	5	5	4	4	5	5	4	5	1	2	2	4	5	5	5	2	3
71	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2
72	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	2	5	5	5	5	4	4
73	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
74	5	5	4	5	5	5	5	5	3	3	3	5	1	3	3	3	3	3	3	5	5
75	1	2	4	3	3	3	5	5	2	2	2	5	1	1	1	2	5	5	5	1	1
76	3	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3
77	5	5	5	4	4	4	3	4	5	5	4	5	2	2	2	4	4	5	5	2	2
78	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
79	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	1	3	3	5	5	5	5	5	5
80	3	4	4	3	4	4	4	4	5	5	5	5	2	2	2	5	5	5	5	1	2
81	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	2	5	1	1	1	5	5	5	5	3	1
82	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	1	3	3	5	5	5	5	2	3
83	3	2	3	3	3	2	3	2	3	3	4	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3
84	5	5	4	4	4	4	4	4	4	5	4	5	2	2	3	4	4	4	5	4	4
85	5	4	5	5	5	5	5	2	5	4	2	5	3	5	5	1	2	3	5	1	4
86	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
87	4	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	2	3	3	4	5	5	5	3	4

88	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	1	2	2	3	3	3	3	5	5
89	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	1	2	1	4	4	4	4	3	3
90	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	2	2	2	2	2	2	2	3	3
91	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	2	3	3	4	4	4	5	3	3
92	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	2	5	3	3	3	3	3	3	4	3	3
93	2	4	3	2	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3
94	5	5	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	5	4	4
95	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	2	4	4	5	5	5	5	4	3
96	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	1	3	3	4	4	4	4	3	2
97	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
98	1	2	2	1	1	1	1	1	4	4	4	4	1	5	5	1	1	2	4	2	5
99	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	5	5	5	5	1	3
100	3	4	5	3	4	5	4	5	5	5	4	5	1	5	5	2	3	3	5	3	5
101	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	2	3	3	2	3	3	3	2	4
102	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2
103	3	3	3	3	3	3	3	3	5	5	4	5	1	3	3	3	3	3	4	3	3
104	1	5	5	5	5	5	3	1	5	5	3	5	2	4	4	4	4	4	5	1	2
105	4	3	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	3
106	3	3	3	3	3	4	4	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3
107	4	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5
108	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	3	3	3	3	3	3

Anexo 10. Matriz de consistencia

TÍTULO: Gestión de riesgos y seguridad del paciente en profesionales de enfermería en áreas críticas de un hospital de Lima 2024 AUTOR: Rocha Paucarpura Silvia						
PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
General: ¿Cuál es relación entre la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024? Específicas 1) ¿Cuál es la relación de la estructura, proceso de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024? 2) ¿Cuál es la relación de la estructura, proceso de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024?	General: Determinar la relación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024 Específicas 1) Determinar la relación de la estructura, proceso de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024 2) Determinar la relación de la estructura, proceso de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024	General: Existe relación significativa de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024 Específicas 1) Existe relación significativa de la estructura, proceso de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024 2) Existe relación significativa de la estructura, proceso de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en profesionales de enfermería que laboran en áreas críticas de un hospital de Lima 2024	Variable 1: Gestión de riesgos			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles Rangos
			Estructura	Acciones de sensibilización sobre seguridad del paciente Materiales de educación y concientización Existencia de una Unidad de Seguridad del Paciente (USP) Liderazgo de la USP Plan de Seguridad del Paciente Profesionales dedicados Infraestructura de la USP Provisión de insumos Capacitación profesional Evaluación de la cultura de seguridad. Comunicación de resultados de evaluaciones	1	Bueno [89-120] Regular [56-88] Malo [24-55]
					2	
					3	
					4	
					5	
					6	
					7	
					8	
9						
10						
11						
12						
Procesos	Planes de mejora basados en evaluaciones Sistema de notificación de incidentes Divulgación de eventos centinela Monitoreo de indicadores de seguridad Uso de quejas y reclamos para identificar riesgos Trazabilidad y monitoreo de incidentes Análisis de mortalidad institucional Análisis de procesos judiciales Observación directa para identificación de riesgos Sistemas de alerta electrónicos Listas de cotejo Mapeo de riesgos Rondas de seguridad	13	Bueno [89-120] Regular [56-88] Malo [24-55]			
		14				
		15				
		16				
		17				
		18				
		19				
		20				
		21				
		22				
		23				
		24				
Variable 2: Seguridad del Paciente de UCI						
Apertura en Comunicación	Eficacia en la comunicación de daños a pacientes. Capacitación en la evaluación de riesgos. Conocimiento de acciones correctivas tras errores. Oportunidades para discutir situaciones inseguras observadas. Capacitación en el reporte de errores a colegas y superiores. Gestión de emociones en situaciones de error.	1	Bueno [89-120] Regular [56-88] Malo [24-55]			
		2				
		3				
		4				
		5				
		6				

				Prevención de errores de medicación a través de la comunicación.	8	
				Promoción de una cultura no punitiva.	8	
			Actitud proactiva para evitar riesgos en los procesos	Instrucción sobre la evitación de errores comunes.	9	Bueno [78-105]
				Aprendizaje de medidas correctivas post-error.	10	
				Discusión en clase sobre prevención de errores comunes.	11	Regular [49-77]
				Comprensión de los objetivos de seguridad en la atención sanitaria.	12	
			Conciencia del error	Auto-reconocimiento de prácticas inseguras.	13	Malo [21-48]
				Observación de prácticas inseguras en compañeros.	14	
				Observación de prácticas inseguras en profesionales establecidos.	15	
			Comprensión del factor humano	Educación sobre estándares de seguridad.	16	
				Enfatización en el seguimiento de protocolos de tratamiento.	17	
				Importancia del uso correcto de recursos terapéuticos.	18	
				Enfatización en la higiene de manos y otras prácticas seguras.	19	
			Complejidad e interrelación del sistema	Percepción de la inevitabilidad de errores médicos.	20	
				Observación de desactualización de protocolos de seguridad.	21	