



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

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

Cultura de seguridad y gestión de riesgos del paciente en enfermeras  
de un hospital Tumbes, 2021

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

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORA:**

Suárez Ortiz, María Alejandra (ORCID: 0000-0002-4560-9579)

**ASESORA:**

Mg. Merino Flores, Irene (ORCID: 000-0003-3026-5766)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

**PIURA - PERÚ**

**2022**

## **Dedicatoria**

Dedico este esfuerzo principalmente a Dios, por darme la dicha de vivir, por estar conmigo en cada momento de mi vida, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por haber puesto en mi camino a aquella persona que ha sido mi soporte y compañía durante mi etapa de estudio.

A mis padres que han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, los amo y gracias a ellos hoy culmino una etapa importante de mi formación profesional.

## **Agradecimiento**

A mis docentes de maestría que me brindaron sus conocimientos, a mi madre por su apoyo, motivación y amor incondicional, a los licenciados de enfermería que contribuyeron desinteresadamente en este trabajo.

## Índice de contenidos

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	22
3.1. Tipo y diseño de investigación	22
3.2. Variables y Operacionalización	22
3.3. Población, muestra, muestreo	24
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	25
3.5 Procesamiento	25
3.6. Métodos de análisis de datos	25
3.6 Aspectos éticos	26
IV. RESULTADOS	27
V. DISCUSIÓN	32
VI. CONCLUSIONES	37
VII. RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS	39
ANEXOS	44

## Índice de tablas

<b>Tabla N°01.</b> Prueba de normalidad de los puntajes de la dimensión y general de la cultura de seguridad y el puntaje general de la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021.	27
<b>Tabla N° 02.</b> Prueba Rho de Spearman para medir la relación entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021	28
<b>Tabla N° 03.</b> Prueba Rho de Spearman para medir la relación entre la dimensión accesibilidad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021.	29
<b>Tabla N° 04.</b> Prueba Rho de Spearman para medir la relación entre la dimensión competencia profesional y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021	30
<b>Tabla N° 05</b> Prueba Rho de Spearman para medir la relación entre la dirección y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021	31

## Resumen

El presente trabajo se planteó como objetivo Determinar la relación entre cultura de seguridad y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021. La investigación se realizó bajo un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal correlacional, la muestra constó de 30 licenciados en enfermería. Para la recolección de datos se usó como técnica la encuesta y como instrumento el cuestionario para medir las variables. Obteniendo como resultados que, existe correlación positiva entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras (Rho de Spearman 0.757); también, existe correlación es moderada positiva entre la dimensión accesibilidad la gestión de riesgos del paciente en enfermeras (Rho de Spearman 0.702); Por otro lado, existe correlación moderada positiva la dimensión competencia profesional y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras( Rho de Spearman 0.770); En consecuencia, existe correlación es alta positiva entre la dirección y gestión de riesgos del paciente en enfermeras (Rho de Sperman 0.769). Concluyendo que, existe relación entre las variables y sus dimensiones.

**Palabras claves:** Cultura de seguridad del paciente, gestión de riesgos, seguridad del paciente, paciente.

## Abstract

The objective of this work was to determine the relationship between safety culture and risk management of the patient in nurses of a Tumbes hospital, 2021. The research was carried out under a quantitative approach, of non-experimental design, of correlational cross-section, the sample it consisted of 30 nursing graduates. For data collection, the survey was used as a technique and the questionnaire to measure the variables as an instrument. Obtaining as results that there is a positive correlation between the safety culture and the risk management of the patient in nurses (Spearman's Rho 0.757); Also, there is a moderate positive correlation between the accessibility dimension of patient risk management in nurses (Spearman's Rho 0.702); On the other hand, there is a moderate positive correlation between the professional competence dimension and patient risk management in nurses (Spearman's Rho 0.770); Consequently, there is a high positive correlation between the direction and risk management of the patient in nurses (Spearman's Rho 0.769). Concluding that, there is a relationship between the variables and their dimensions.

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

## I. INTRODUCCIÓN

El cuidado de la persona delicada de salud es una problemática que surge tras los diferentes sucesos adversos que perjudica la calidad de atención de los profesionales de salud. La atención sanitaria que brindan los Centros asistenciales enfatiza en la mejora continua y en disminuir enfermedades y/o complicaciones de salud de las personas. En esa función intervienen gran cantidad de personal de enfermería; no obstante, las altas complicaciones que brindan los servidores, se convierten en un factor coadyuvante en las equivocaciones sobre su práctica clínica, ocasionando un mayor gasto sanitario, prolongación de la estancia o incremento de pruebas y tratamientos e incluso fallecimientos.

En este contexto, los peligros hospitalarios aumentan permanentemente, siendo afectados el personal asistencial, así como los que reciben la atención, incluyendo los bienes intangibles como las historias clínicas; la imagen de la institución. Por lo tanto, la gestión de riesgos, es un complemento que consiste en prevenir daños a los pacientes como consecuencia de una praxis incorrecta, no éticos (1) que perjudica la organización, de igual forma en los hospitales incluye identificar las causas que originan los daños, que suelen presentarse por la interacción de factores como es, la presencia de una amenaza o riesgo y debilidades que dependen directamente de la organización. (2)

A nivel mundial, cada año, decenas de millones de pacientes padecen discapacidades o mueren por efecto de prácticas o atenciones médicas no seguras. (3) Se reportaron que los eventos adversos debido a la mala atención se encuentran dentro de las diez causas principales de muerte en el mundo<sup>1</sup>; en este contexto, se estima que uno de cada diez pacientes sufre daños mientras recibe cuidados hospitalarios (4), por otro lado, cada año se producen 143 millones de cuadros nefastos lo que provoca 2600 millones de muertes (5). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la seguridad del paciente como “la ausencia de riesgos o daños potenciales asociados con la atención médica, basada en un conjunto de herramientas y metodologías estructurales y de procedimiento, con evidencia científica probada para reducir el riesgo de exposición a un efecto adverso durante el cuidado de la salud o para mitigar sus consecuencias” (6)



En América Latina (Costa Rica, México, Argentina, Colombia y Perú) este problema se ha ido agravando con el tiempo, por lo que diez de cada cien personas ingresadas diariamente al hospital habrían tenido daño asistencial; este riesgo se duplica si consideramos la estancia hospitalaria, de modo que veinte de cada cien pacientes tienen al menos un evento adverso. Las lesiones más frecuentes fueron 40% infecciones, 30% intervenciones quirúrgicas, 15% cuidados médicos, 10% medicación y finalmente 5% por diagnóstico (7).

A nivel nacional, el Perú; en el año 2015 se reportó que los hospitales de Lima tenían 69,9% de infecciones intrahospitalarias, 14,2% errores en la medicación; 7% gastritis crónica, 6% agravamiento post operatorio 0,6% de errores en el diagnóstico y por último el 0,6% atención inadecuada (8).

En los informes de diagnóstico y libro de reclamaciones se evidencia que, en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Tumbes, los pacientes reportan quejas, relacionadas con eventos adversos como: incidentes en los procedimientos clínicos, sucesos relacionados con los cuidados hospitalarios, accidentes con la medicación, fallas en la comunicación e interpretación entre el personal de enfermería, impases relacionados la gestión de la organización. En este contexto, el personal de enfermería es el principal involucrado en brindar seguridad en la atención del paciente. Por otro lado, el nosocomio no cuenta con un plan de reportes de incidentes y eventos adversos para el personal de enfermería que permita adoptar una cultura de seguridad competente.

En referencia a las consideraciones anteriores, se planteó las preguntas ¿Cuál es la relación entre cultura de seguridad y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021? Como problemas específicos tenemos lo siguiente: ¿Cuál es el nivel de cultura de seguridad del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021? ¿Cuál es el nivel de gestión de riesgos del paciente en enfermeras un hospital Tumbes, 2021? ¿Cuál es la relación entre la dimensión Accesibilidad y gestión de riesgos del paciente en enfermeras un hospital Tumbes, 2021? ¿Cuál es la relación entre la dimensión Competencia Profesional y gestión de riesgos del paciente en enfermeras un hospital Tumbes, 2021? ¿Cuál es la relación entre la dimensión dirección y gestión de riesgos del paciente enfermeras un hospital Tumbes, 2021?

En este sentido la investigación se justifica teóricamente, porque indaga mediante las teorías y conceptos básicos de las variables de cultura de seguridad y gestión de riesgos del paciente en enfermeras, que permitirá implementar y ampliar los conocimientos para encontrar explicaciones a situaciones adversas. Asimismo, contará con un aporte metodológico porque se utilizará técnicas e instrumentos de investigación que podrán ser empleadas para futuras investigaciones que estudien las mismas variables. La investigación es relevante de carácter práctico porque ayudará a encontrar múltiples alternativas y variadas estrategias de prevención y a la vez se tendrá la posibilidad de sugerir cambios en la atención del paciente. De igual modo, la investigación es relevante socialmente porque describirá y observará los factores que generan eventos adversos, con la finalidad de que tengan una atención y/o hospitalización con menos errores o equivocaciones que puedan poner en riesgo sus vidas; además permitirá que las organizaciones de la salud tomen en cuenta la investigación para implementar mejores políticas en el área hospitalaria en cuanto a la cultura de seguridad y gestión de riesgos.

En relación a los planteamientos realizados, el objetivo general será: Determinar la relación entre cultura de seguridad y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021; y como objetivos Específicos: Determinar la relación entre la dimensión accesibilidad y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021, Determinar la relación entre la dimensión competencia profesional y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021, Determinar la relación entre dirección y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021.

La hipótesis general de la investigación será: Existe relación significativa entre cultura de seguridad y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021. En la hipótesis específica: existe relación significativa entre la dimensión accesibilidad y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021; existe relación significativa entre la dimensión competencia profesional y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021, existe relación significativa entre la dimensión dirección y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021.

## II. MARCO TEÓRICO

En el ámbito internacional la investigación de Lima et al.2020 Cuyo objetivo fue estudiar la Cultura de seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. Estudio transversal con enfoque cuantitativo, su muestra total de 69 personas entre ellos enfermeros, técnicos de enfermería y asistentes de enfermería. Teniendo como resultados que el 33% tuvo respuestas positivas a lo respecta a la dimensión transferencias internas y rotativo de turnos de trabajo; y, el 69.6% para la dimensión del aprendizaje organizacional. Por otro lado, la evaluación del grado de seguridad de paciente el 48% de los enfermeros lo consideran como bueno y el 41.7% de los técnicos de enfermería lo consideran como regular. En cuanto al número de eventos adversos reportados en el último año el 96.5% no informaron dicho evento. Concluyendo que el personal de enfermería tiene la necesidad de mejorar en todas las dimensiones, especialmente en transferencias internas y rotativo de turnos de trabajo, así como, en el reporte de eventos adversos; además fue posible evidenciar que la cultura de seguridad está en proceso de maduración (9).

Por su parte, Ortega L. 2016 cuya finalidad fue determinar la cultura de sobre seguridad del paciente hospitalizado y su relación con factores asociados en los profesionales de enfermería de los hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Se trató de un estudio observacional analítico de corte transversal con una muestra de 191 enfermeros de los dos hospitales; obteniendo como resultados que, el puntaje más alto fue en la dimensión aprendizaje organizacional/mejora continua en un 84,12% y en la dimensión trabajo en equipo un 75%; por consiguiente, donde se obtuvo el puntaje más bajo fue en notificación de eventos adversos en 38,74%. concluyendo que, el nivel de clima de seguridad en los licenciados en enfermería es alto y que se debe incentivar a reportar los eventos adversos (10).

Otro estudio realizado por Álvarez. 2019. Titulada "Cultura de seguridad del paciente en personal asistencial del hospital Universitario Nacional de Colombia. Cuya metodología fue de tipo descriptivo transversal con enfoque cuantitativo, con una muestra de 243. Teniendo como resultados que, el 82% indica una respuesta

positiva frente a tomar acciones para mejorar la seguridad del paciente, en la dimensión trabajo en equipo el 46% manifiesta una respuesta negativa frente a la ayuda recibida en otras áreas de hospitalización, el 77% indican que existe apoyo mutuo; en la dimensión comunicación, el 70% del personal puede hablar libremente si se observa algún evento negativo en el cuidado del paciente, en cuanto a la comunicación de errores, el 30% indica que no existe comunicación sobre fallas de la atención y que el 35% el área funcional responsable del programa de seguridad del paciente no brinda información sobre los cambios realizados basados a los aprendido de los reportes de eventos, en cuanto a la dimensión respuesta no punitiva a los errores, el 61% indican que los errores son usados en su contra, el 54% indican que sí se reportan los eventos adversos. En cuanto a la dimensión apoyo de la Dirección en la seguridad del paciente, el 64% indican que la institución promueve la seguridad el paciente, el 63% muestran que la institución prioriza la seguridad del paciente, sin embargo, el 47% manifiestan que la institución solo se ve interesada después de que ocurre un incidente. Concluyendo que existe una sobrecarga laboral, se corrobora que casi la mitad no siente apoyo entra áreas, la dimensión de recursos humanos, comunicación y retroalimentación de errores y cultura de seguridad son los que menos respuestas positivas (11).

A nivel nacional, en la investigación de Saravia. 2018. Titulada "Cultura de seguridad del paciente y gestión del talento humano en el personal de enfermería en áreas críticas del Hospital Nacional Dos de Mayo. Cuya metodología fue de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal, con una muestra de 108 enfermeras. Resultados: 32.4% presentó un nivel bajo de cultura de seguridad, el 63% presentaron un nivel medio y el 4.6% presentaron un nivel alto; en la dimensión comportamiento organizacional, se evidenció que el 27.8% tuvieron un nivel bajo, el 66.7% un nivel medio y 6.5% presentaron un nivel alto; en la dimensión comunicación, el 30.6% presentaron un nivel bajo, el 64.8% nivel medio y 4.6% nivel alto; en la dimensión compensación laboral, el 33.3% presentaron un nivel bajo, el 54.6% nivel medio y 12% alto. Concluyendo que, existe una alta relación positiva entre la relación cultura de seguridad del paciente y gestión del talento humano (12)

También, Guerrero N,2018. En su investigación “Cultura de seguridad del paciente en los enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Público Callao. Su estudio fue de tipo descriptivo comparativo, con enfoque cuantitativo, con una muestra 80 licenciados en enfermería. Resultados: en la dimensión cultura de seguridad del paciente en el servicio de cirugía, el 2.5% tiene un nivel bajo, 25% nivel medio y 72.5% nivel alto utilizo un cuestionario de recolección de datos concluyendo que los licenciados de enfermería tienen una cultura de seguridad, alto 77.5%; medio 20% y bajo 2.5%; en el servicio de medicina, el 40% nivel bajo, el 55% nivel medio y 5% nivel alto. Concluyendo que, existe diferencias entre la cultura de seguridad entre los Servicios de Cirugía y Medicina (13).

A su vez, Llagas. 2017.En su estudio “cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golf”. Cuya metodología fue, descriptiva comparativa, transversal, con una población total de 70 profesionales. Resultados: en la sede de San Borja existe un nivel alto de cultura de seguridad por Servicio: 71.4% nivel alto, 25.7% nivel medio y medio y 2.9 nivel bajo; a nivel de toda la clínica existe un nivel de 74.3% de cultura de seguridad alto, 22.9% medio y 2.9% bajo. En cuanto a la clínica del Golf, se evidencia que es de 5.7% alto, 54.3% medio y 40% bajo, a nivel de toda la clínica existe que el 5.7% alto, 57.1% medio y 37.1% bajo. Concluyendo que, existe diferencias entre la cultura de seguridad en el personal de enfermería de la clínica Sanna San Borja y Sanna El Golf (14).

A nivel regional, López J. 2018 en su estudio titulado “Cultura de seguridad del paciente en los servicios de hospitalización: perspectiva personal de enfermería, Hospital Regional de Tumbes”, estudio descriptivo exploratorio, con enfoque cuantitativo, con una muestra de 80 enfermeras. Resultados: la cultura de seguridad del paciente se encuentra en un 91.3% neutro, 5% positivo y 3.7% negativo. Concluye que, la cultura de seguridad del paciente está en promedio neutral en relación con el trabajo en equipo entre los servicios, sin embargo, mejorable y en menor medida con la competencia profesional del personal, por otro lado, es necesario crear estrategias laborales que ayuden a descender los eventos adversos en los pacientes (15).

Según la Real Academia Española, precisa que cultura nace de la acumulación de aprendizajes permitiendo al individuo mejorar su análisis reflexivo. Se puede definir

como forma de vida, hábito, conocimiento, desarrollo artístico, científico y académico, en un período o grupo social, etc. (16). Tylor mencionó en 1871 una definición de cultura relacionados a todos los conocimientos, tradiciones, costumbres, prácticas inherentes al hombre en la sociedad, (17). Cultura en el sentido etnográfico que engloba conocimientos, creencias, artes, moral, leyes, costumbres (18). Las habilidades y costumbres asimiladas en las personas son parte de la sociedad, así como actuaciones y pensamientos que incluyen actividades e ideas humanas; al enfatizar que la humanidad cuenta con una diversidad cultural (17).

En efecto, a partir de Boas esta relación cultural nos permite estudiar otras culturas evitando un enfoque de minoría étnica, al enfatizar el desarrollo específico de cada comunidad; Igualdad entre culturas colocándolas en el mismo nivel de complejidad, en la misma escala. Para Grimson, no existe una explicación genética o biológica que pueda explicar la diferente evolución de los documentales urbanos que son parte del acervo cultural del universo. La diversidad "no se hereda, sino que es asimilado en el entorno de la sociedad" (17).

En el diccionario Vox ilustrado Cultura: "grupo que enmarca estilos de vida, hábitos, conocimientos, arte, ciencia, industria a la vez o en sociedad. Como definición útil de la percepción y el pensamiento de "el todo" sin saber exactamente qué es, la definición útil y no académica se basa, por supuesto, en "generalizaciones". (19)

Para la UNESCO "Diversidad Cultural" en el mundo; comienza definiendo la cultura desde dos puntos de vista diferentes. Fundamenta antropológicamente que el avance de la "cultura" no es un área específica, sino más bien es el "constructor, circuito y creador" de aspectos de todas las situaciones de la vida comprendiendo, el desarrollo económico y los niveles de vida. Seguidamente enfatiza que el universo integrado por "civilizaciones" que se derivan de un "archipiélago de culturas". (20)

La cultura de hoy puede verse como una entidad única, espiritual, material, intelectual que caracteriza a una sociedad o un individuo. Añadió que, además del arte y las letras, el estilo de vida, los derechos humanos, los sistemas prácticos, las tradiciones, las creencias y las culturas le dan a la persona la capacidad de pensar

por sí misma. Es esto lo que nos hace tan específicos, racionales, críticos y tan fundamentados. A través de él comprendemos los valores y tomamos decisiones. A través de él, uno se expresa, se reconoce, como un plan en construcción se cuestiona los logros, se busca nuevos significados y se crean obras. (21)

Salvador Giner, significa que nació del hombre para relacionarse, pero esta cultura tiene una forma de comunidad. Sin embargo, estos principios o pautas no existen: la cultura se manifiesta en comportamientos y resultados obvios a través de sus resultados visibles, que son comportamientos sociales. Ambos obedecen a reglas, dogmas y praxis.

“La cultura tiene los siguientes aspectos: intelectuales, creencias, valores, principios, símbolos y formas de comportamiento combinados (22)

Bronislaw Malinowski menciona que es una organización, funcional, lo que debe reconsiderar sus componentes y sus relaciones, con las necesidades del cuerpo humano y el medio ambiente, natural. (23)

Alfred Kroeber y Clyde Kluckhohn: La cultura está en la diversidad de una persona, así con la comprensión de sus palabras siendo lo primordial con las concepciones generadas a través de la historia así la axiología referida a ellas. (24)

Claude Lévi-Strauss Las culturas son “fragmentos humanos que, a partir de las observaciones realizadas en este estudio. Al final, marca la diferencia en comparación con otros seres humanos” (25)

Clifford Geertz "Creyendo, como Max Weber, que el hombre es un animal expuesto en sí mismo, tomó la cultura como una red y, por lo tanto, su investigación no es una ciencia experimental en busca del derecho, sino una explicación científica de su significado". (26)

La interpretación de "seguridad" deriva del latín "securitas" que, a la misma vez, proviene del adjetivo securus, que tiene se (sin) y cura (cuidado o ansiedad), que significa sin miedo, descuidadamente visualmente o sin miedo. De preocupación. (27) Es, por tanto, un sentimiento de confianza en algo o en una persona. Maslow, en su teoría sobre la motivación del individuo menciona que el hombre debe satisfacer sus necesidades básicas, partiendo de allí cubrir otras de menor importancia.

Hipócrates, argumenta que el paciente merece un buen trato, respeto y de seguridad contra todo perjuicio. La protección del paciente (SP), o los esfuerzos diligentes para prevenir lesiones a través del cuidado, es una parte importante de la enfermería, así cualquier servicio hospitalario. Solo recientemente, gracias a datos sólidos, la seguridad del paciente ha comenzado a verse como un tema clave en la práctica de la salud. (28)

Adicionalmente, cultura de seguridad, nace a raíz del accidente nuclear de Chernobyl en 1986 cuando señalaron que la razón principal fue los errores del operador y la carencia de cultura de seguridad. (29)

En este contexto cultura de seguridad es una responsabilidad de las personas y las instituciones con las medidas de seguridad, es decir, el uso de las mejores prácticas que tienen un entorno de seguridad abierto y la confiabilidad relativa de fallas y / o errores que funcionan como aprendizaje, en lugar de responsabilizar. La protección del paciente se ha transformado en una prioridad para los proveedores de los servicios médicos del universo. (30)

A su vez, Vítolo explica que la cultura de seguridad son los valores, actitudes, arte y comportamiento personal o colectivo que determina la ubicación e implementación del programa de seguridad de la organización, principalmente cómo se utiliza; podemos decir que hay tres pilares de la seguridad: almacenamiento técnico, sistema de gestión de seguridad, recursos humanos y configuración. (31) El mero hecho de que las personas tengan conocimiento del correcto desarrollo del trabajo, enseñado durante la formación, no significa que se hayan producido cambios en su forma de pensar y como consecuencia de su comportamiento.

Una cultura de seguridad, es una conglomeración de reglas y regulaciones para los miembros de un grupo y un concepto coherente que pone la seguridad como objetivo.

Desde la década de 1950, han surgido preocupaciones sobre la seguridad del paciente, es decir, en 1999, es cuando se realizaron importantes medidas de seguridad y gestión de riesgos y predicciones de salud en todo el mundo; mientras



que la primera definición de seguridad del paciente es la eliminación accidental. (32)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa que el cuidado de la persona consiste en atenuar seguridad las amenazas en la atención de su salud o disminuir sus efectos. (3) Se define también como el hecho de mantenerse protegido de toda situación imprevista.

Desde una perspectiva psicológica y social, se puede considerar como un estado mental que hace que las personas se sientan fuera de amenaza en cualquier situación y liberarse de la debilidad, riesgo, peligro; sintiendo la necesidad de sentirse protegido, frente a todo aquello que pueda atentar contra su integridad física, moral, social e incluso económica. (33) De hecho, la seguridad es un estado en el que se controlan los riesgos o amenazas y las condiciones que pueden conducir al bienestar de la salud física y psicológica para proteger la salud y el bienestar de los interesados y de la sociedad; es un principio fundamental en la vida cotidiana que ayuda a las personas y las sociedades a realizar sus propósitos. (34) Ciertamente, el conocimiento de los riesgos y las normas es importante para el desarrollo de la capacidad inicial, pero sin un contexto cultural favorable (liderazgo de consenso, participación), el conocimiento no puede afectar el nivel de conciencia y, por lo tanto, los nuevos comportamientos no afectarán la cultura.

Por otro lado, partimos de una regla: la gente no quiere equivocarse. La mayoría de los accidentes son causados por acciones peligrosas que son omnipresentes. Estos comportamientos peligrosos son el resultado de la inexperiencia, negligencia o negligencia por parte de las personas o de la organización en su conjunto. El objetivo es promover una actitud positiva y duradera hacia la protección a través del permanente mejoramiento y dominio de habilidades. (35). Esta perspectiva, tiene como raíz los sucesos antepasados que no han podido ser aclarados en términos del comportamiento individual, sino que necesitan una comprensión de la contribución de la organización.

La manera de razonar y participar de los actores son las que conforman la cultura de la seguridad de una empresa. Para las cuales existen elementos fundamentales que determinan este accionar: el conjunto de doctrinas respecto de la seguridad de

un contexto laboral y la influencia que ejerce el entorno en los comportamientos. La sociedad es quienes edifican la cultura, lo que hace necesario la obligación de crear propuestas entre la dirección y los trabajadores que pueda perdurar en el tiempo. De este modo se da el proceso de cambio que contempla la gestión de la seguridad como el centro de su quehacer. (36)

Por otro lado, Wachter define, que es la carencia de daños trágicos o evitables ocurridos durante los servicios de salud (37) Vincent, afirma que la autoconfianza del paciente es el acto de prevenir o mitigar los efectos adversos durante la atención hospitalaria (38).

En consecuencia, cultura de seguridad se define como ideas, concepciones, axiologías y reglas en una organización; que conducen el comportamiento de los miembros a través de actitudes y costumbres. (39) (40) Por otro lado, es la responsabilidad de las personas y de la institución contar con la seguridad y los protocolos adecuados para brindar un servicio eficiente (41). Por lo tanto, podemos concluir que es todo esfuerzo organizacional para salvaguardar la vida ser humano.

El Ministerio de Salud define cultura de seguridad, como el comportamiento personal y grupal, basado en creencias y valores con el objetivo de reducir los eventos adversos que podría tener el paciente como resultado del servicio (42)

Posee dimensiones como trabajo en equipo: basado en el modo de trabajo grupal y coordinado, en la que los subordinados comparten vivencias, consideran sus deberes y funciones, para alcanzar los objetivos comunes (43). Por otro lado, se define como la combinación habilidades de cada persona que se encuentra dentro del equipo de trabajo.

Podemos citar una galería de definiciones en relación a cultura de seguridad mencionando diferentes autores;

Según Cristián Rocco y Alejandro Garrido; la Seguridad del Paciente (SP), son acciones tendientes a evitar daños producto de la mala praxis, son elementos esenciales para una buena asistencia y requisitos previos para realizar intervenciones clínicas. (28) Los elementos de una buena praxis en el servicio se sustentan en dos ejes: la Teoría del Error de Reason y la Cultura de Seguridad (CS)

La Teoría del error de Reason: Asume que las personas son normales, por lo que a pesar de intentar evitar los errores siguen ocurriendo, por lo que es necesario repensar los procesos para que sean capaces de resistir y generar menos errores; vulnerable a situaciones de riesgo y crea estrategias de detección temprana y prevención de fallos. Esta teoría se basa en tres principios básicos; prevención de errores mediante el diseño de sistemas que compensen las debilidades humanas esperadas haciendo que los errores sean cada vez más difíciles y visibles para detectarlos y desarrollar estrategias para reducir los errores a medida que ocurren. (44).

“La equivocación de la persona es el resultado y no lo que lo origina”, las mismas son identificados y causados por componentes de la organización y prácticas inapropiadas”. Por eso los llamó “accidentes organizacionales”. Precisa que los mismos involucran el interactuar de condicionantes que parten de un hecho motivador.

Por la naturaleza del ser humano siempre tendemos a cometer errores porque no somos perfectos; sin embargo, siempre existirán estrategias y manuales que ayudaran a evitar que se sigan cometiendo, para ello es necesario tener en cuenta los principios básicos como son: la prevención a través de todo un conjunto de competencias y capacidades que ayuden a mitigar el error, reconocer los errores para enfrentarlos y aplicar técnicas para disminuir la falta. El equivocarse, cometer errores o accidentes organizacionales en la que muchas veces interactúan o se presentan situaciones que por lo general parten de un factor motivador.

Utiliza el error como una opción de aprendizaje en lugar de responsabilizar; esto al referirse a la cultura no punitiva para lograr una mejor praxis y modelos que cuenten con un ambiente de seguridad y confianza mutua. La define como la agrupación de pautas reglas inherentes al ser humano dentro de una entidad que genera asumir una esquema mental distribuido que ubican la protección como una meta a alcanzar. Tener cultura del error implica asumir compromisos con la aplicación y manejo de técnicas y manuales; es tener un clima de seguridad y confianza mutua en la que se aprovecha del error como un medio de aprendizaje, sin responsabilizar a nadie, sino más bien asumirlo responsablemente, dando muestras de muchos

valores y conocimiento de normas dentro de la organización y que se orienta a alcanzar un fin común.

La teoría de la identidad social: *“el conocimiento que posee un individuo de que pertenece a determinados grupos sociales junto a la significación emocional y de valor que tiene para él/ella dicha pertenencia”* Tajfel propone que el comportamiento social está determinado por dos extremos: el intergrupar, en donde su actuar conductu estaría influenciada por el grupo de personas que lo rodean; el interpersonal, en donde su actuar estaría determinada por el vínculo con otras personas.

La teoría una cultura de seguridad no punitiva en la que las personas y las organizaciones se comprometen con la seguridad y, por lo tanto, con la aplicación de estándares y mejores prácticas, y tienen un entorno seguro. Seguridad de apertura y confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, más bien que ser usado para culparlos. (28)

La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente, *“define como cultura de seguridad del paciente como la integración de valores, actitudes, percepciones, aptitudes y comportamientos del individuo y del grupo dentro de una organización, basada en la comunicación efectiva, y confianza mutua del sistema organizacional que conllevan al compromiso para brindar salud con seguridad y así impedir la aparición de incidentes adversos”*. (45) Asimismo, plantea diferentes dimensiones:

Dimensión 1: Seguridad en área de trabajo, se centra en cada individuo de la organización es capaz de conocer sus responsabilidades y pone todo su empeño para mejorar su calidad de atención. Por otro lado, es consciente que de alguna u otra manera sucederán incidentes/errores y que por sí solo la atención sanitaria incluye riesgos.

Trabajo en equipo dentro del servicio o entre áreas, la atención de salud de cada profesional debe ser eficaz, tratando de desarrollar las habilidades blandas y también creando un ambiente en la que los profesionales se sientan cómodos al realizar sus funciones.

Dimensión 2: Seguridad brindada por la dirección, La seguridad del paciente requiere el compromiso de los más altos niveles de la organización, así como de los jefes

de servicios y directivos, por lo que deben mostrar priorizar el mejoramiento de la atención de salud. Aprendizaje organizacional para la mejora continua en la seguridad; se trata de la fomentar y desarrollar de competencias que permitan a la organización a mejorar sus desenvolvimientos. Personal: suficiencia y disponibilidad; suponen al rendimiento, eficiencia y distribución del personal para ejecutar sus actividades, haciendo el uso del análisis del perfil del trabajador. Apoyo de la dirección para la seguridad del paciente; la alta dirección debe ser el primer comprometido en garantizar la seguridad del paciente, ya que, mientras mayor sea su compromiso, mayor es también el compromiso del resto de las fuerzas de trabajo.

Dimensión 3: Seguridad desde la comunicación, es una medida que resguarda la información, manteniendo la confidencialidad, evitando mencionar los errores y solo implementando nuevas estrategias para prevenir eventos adversos. Comunicación e información al personal sobre errores en la unidad, es importante tener un ambiente de seguridad en todos los servicios, para que, de esta manera, el personal pueda compartir información o debatir en un espacio adecuado y que solo sea accesible para personal asistencial, de esta manera se asegurará la confidencialidad.

Dimensión 4: Frecuencia de sucesos notificados, se refiere a notificar de los eventos adversos, utilizando la estadística de dichos sucesos, para que, de esta manera, se tenga un control, y por tanto la alta dirección pueda asignar recursos para garantizar el cambio.

Dimensión 5: Seguridad desde la atención primaria, se trata de brindar seguridad al paciente desde el primero nivel de atención, en lo que incluye, apoyo mutuo, respeto, capacidad de gestión de riesgos e identificar aquellas fallas de atención. Respuesta no punitiva a los errores, acuñe a la vergüenza o miedo que puedan tener los profesionales asociados al hecho de ser públicos sus errores. En consecuencia, la organización tenga la necesidad de buscar el culpable y aplicar sanciones. Problemas en la transferencia de pacientes o cambio de turno, se refiere a los impases que puedan ocurrir en los cambios de personal, aumentando el riesgo de errores.

Dimensión 6: Competencia profesional, acuñe a la preparación que tiene el profesional y en poner en práctica sus conocimientos, el trabajo en equipo en relación a las técnicas y recursos a su alcance.

Dimensión 7: Accesibilidad referida al estado de agrado y bienestar que expresan los pacientes como producto del buen trato, comunicación y cuidados recibidos).

Dimensión 8: Dirección, es la ruta o recta que debe seguir un objeto, objetivo en acción. La gestión también se puede utilizar en el sentido de que una persona o grupo de personas puede dirigir, gestionar, liderar empresas, organizaciones y/u otros grupos de personas. En esta etapa, la gestión empresarial puede verse como el proceso de estudiar y utilizar las estrategias marcadas por el líder para cumplir con las tareas y objetivos marcados para el correcto funcionamiento del negocio

Factores derivados de las características del trabajo: incluyen el empeño, cargas laborales, hábitos de postura, prestación exigida, recarga cerebral originan disrupciones, ausencia de fuerza y vigor, desanimo, migraña, mareos, faltan descanso, gastritis. Factores derivados de la organización del trabajo: acciones propias del trabajo: turnos, dependencias, realización de la tarea, cansancio, desinterés, agotamiento mental. Factores de origen físico, químico o biológico: entre estos tenemos el sonido, alteraciones sonoras, luz, frio, calor, exposiciones solares, vapores, y gases contaminantes. (46).

Para otro lado, Robbins, sostiene que “la dirección es la orientación del sacrificio hacia el logro de un objetivo en particular”, esto implica elegir acciones en las cuales la persona centrará su esfuerzo para alcanzar dicho objetivo. (47)

Por su parte la teoría de Geller, aporte un formato llamado Cultura Total de la Seguridad el cual identifica una triangulación por la acción que se da entre individuos contexto y comportamiento.

El modelo de Bandura “Determinismo Reciproco”, fue contextualizado para mostrar la definición de cultura de la seguridad incluyendo tres elementos que incluyen aspectos psicológicos, conductas progresivas y características observables. (44) La teoría del aprendizaje social de Albert Bandura ubica su estudio en los procesos de aprendizaje que se dan en el interactuar del estudiante y el entorno social. En tanto que los psicólogos del comportamiento explican que la adquisición de estos

conocimientos se da a través de un proceso gradual centrado en diferentes experiencias de refuerzo, explica por qué las personas aprenden entre sí, y su nivel de asimilación puede ver un gran paso sin necesidad de repetición. La clave de la palabra "comunidad" se incluye en TAS. (44). Para que exista una sociedad, debe haber un ambiente en el que residan todos sus integrantes. A su vez, este contexto nos sitúa en mayor o menor medida por el hecho de que participemos en él. El interactuar entre los individuos, el entorno donde nos movemos y los comportamientos que reflejamos permitirá asumir una cultura de seguridad basada en el aprendizaje organizacional, acompañada de una motivación que parta de factores psicológicos, acciones o situaciones observables y bajo una buena Gestión institucional permitirá alcanzar los objetivos propuestos

En tal sentido esta investigación considera como dimensiones: Competencia Profesional, la cual se compone de un grupo de integrantes con objetivos comunes, que cuentan particularmente con una misión para lograr este objetivo; la meta es brindar conocimientos, intercambiar información, estándares y lograr un ideal con habilidades, inteligencia, ideas similares para cumplir tareas más rápido y lograr mejores resultados, cuenta con características como compartir los objetivos, compromisos, ganas de cooperar, visualizaciones positivas de los objetivos, comunicación fluida, compartir destrezas, entre otros. (48)

Otra dimensión, Accesibilidad, es una herramienta que permite a los humanos percibir o manifestar sus pensamientos, conceptos y sentimientos así confianza mutua y buen clima de seguridad (satisfacción) y se logra por medio de señales verbales, lenguaje y comunicación están estrechamente relacionados, ya que aplica signos y utiliza varios signos lingüísticos. Como regla general, las personas asertivas toman decisiones dirigiendo al personal. (49)

El vocablo gestión descende del latín *gestio*, y hace alusión a la administración de recursos, sea de una entidad estatal o particular, cuyo fin es alcanzar metas propuestas (50)

Para la Real Academia Española de 2009, "gestión" tiene dos significados: trabajo de gestión y eficacia, y trabajo de gestión y eficacia. Pero, ¿cuál es la acción real y

el efecto de la gestión? Para ello, es interesante estudiar la etimología de la gestión de palabras y conocer los demás aspectos que se dice que este término es de uso común en la actualidad en empresas, instituciones públicas y privadas, instituciones, etc., instituciones educativas e incluso en sus propias calles. (51)

Epistemológicamente, el riesgo se origina del árabe rizq (plural al-zarh) y a partir de 1500, con la invención de la imprenta y se expande en el ámbito de negocios y legal. (52)

Gestión de riesgos se entiende como aquellas acciones que hacen de la estructura organizacional para detectar, evaluar los riesgos y categorizarlos con el fin de menguar sus secuelas. Otras la definen como los procedimientos coordinados para orientar y dominar un grupo de personas aplicando políticas, procesos y praxis en relación a la administración en lo concerniente al riesgo. (53)

Así también, se define como los procedimientos de planificación, disposición, dirección, ordenamiento, organización y control de una eventualidad. Considerando la prevención como parte sobreentendida en la gestión de riesgos. (54)

También, se dice que la gestión es la interacción de todas las áreas de una institución o empresa para optimizar todos los objetivos. Por otro lado, se entiende que gestión, engloba etapas de la administración, utilizando la metodología de gestión, como elemento distintivo para obtener recursos; la actividad de administrar comprende la ejecución de fases fundamentales como la organización como: recursos humanos, planificación, evaluación, entre otros. (55)

De igual forma, tenemos que es un conglomerado de actividades que, a pesar de que no se presenten errores, tratan de evitar su aparición y en todo caso, sea sostenible, es una forma de actuar para medir el riesgo al que están expuestos los pacientes y evitar hechos fortuitos. (56)

En los fundamentos teóricos de la gestión de riesgos, "entorno de actividades laborales" se refiere a cualquier entorno físico específico en el que trabajan las personas en una empresa o en un departamento. La experiencia ha demostrado que, en cualquier situación laboral, es posible definir un conjunto de variables de



una situación laboral, cuyos valores influyen en la ocurrencia de situaciones laborales. Los problemas de salud, se denominan factores de riesgo que pueden ser un objeto físico, sustancia, energía, o algo inmaterial como los relacionados con la organización del trabajo y la empresa en general, también pueden ser externos los que se encuentran en una situación o, por el contrario, de carácter personal como conocimientos, experiencia, actitudes (57)

Existen estrategias basadas en la precaución e inspiradas por expertos para los pacientes que respetan su conocimiento, evitando así decenas de miles de víctimas cada año. Tratar la atención al paciente como un fenómeno social, global y eficiente de manera personal (persona de salud-paciente). (58)

En la teoría de Watson J, refiere que se debe formar al personal de enfermería en temas humanísticos que lleven a mejorar la atención brindada. (58) y además cuenta con una clasificación para medir la protección de las personas (Transpersonal) basada en 6 dimensiones: *Satisfacer las necesidades*: A nivel profesional basado en un enfoque humanista, Capacidades, técnicas de la enfermera Organizar su práctica y responsabilidades como profesional de la salud, *Relación enfermera-paciente*: Las necesidades del paciente y su familia, permitiendo al paciente conocer su salud y ver su condición. *Autocuidado de la profesiona*: El cuidado del área de enfermería incluye procedimientos que se desarrollan de común acuerdo entre dos o más personas, con habilidades técnicas para ayudar a las personas, a restaurar su salud. *Aspectos espirituales del cuidado enfermero*: Está referido a la preparación espiritual que debe poseer el enfermero, siendo esta trascendente y vital para recuperar al paciente a través de la motivación, la fé y a darle sentido a su vida; sentirse valorado y respetado como paciente. *Aspectos éticos del cuidado*: La ética y justificación de los *comportamientos en la práctica profesional*, los principios de comportamientos y las motivaciones y valores; el cuidado humano integrado a la filosofía de vida de la enfermería y el trabajo asistencial debe asegurar la calidad de atención en situaciones del campo de la salud. (58)

En 1947 apareció la teoría del estructuralismo, que se desarrolló a partir del trabajo de Max Weber. El fundamento teórico se centra en el análisis de la estructura y los

recursos humanos, para encontrar su balance y estudiar los elementos fundamentales de una entidad: Liderazgo (en toda institución es primordial contar con un mentor o líder), comunicación (la base para alcanzar las metas), estructuras de comportamiento (como división del trabajo) y formalización (las reglas que rigen la empresa). (59)

En general, por estructura entendemos el montaje del edificio, las partes relativamente permanentes del todo y las relaciones entre ellas. Para los estructuralistas, la organización se entiende como una unidad de producción social con el propósito de servir a la sociedad con valores compartidos permitir y facilitar la consecución de objetivos y al mismo tiempo crear Satisfacción humana (Hernández y Rodríguez, 2006). (59)

En la teoría del Caos- Orden y desorden: Basada en la supervisión, el ordenamiento y los eventos predecibles. Lo incontrolable, como el caos, la incertidumbre y el desorden, es dañino, en contraposición a “organizado porque” debe prevalecer en la institución y, por ende, hay que combatirlo y eliminarlo.

Nonaka (1988), Singh y Singh (2002), sostienen que el caos y el desorden son características innatas de una institución y que las interrupciones que surgen y que las autoridades resisten son genuinas oportunidades creativas.

Explica situaciones que cambian rápidamente y necesitan actuaciones creativas que no suelen ser abordadas por las normas tradicionales. Son oportunidades y no sinónimos de desorden y rendición. Tenemos que se trata de actitudes impredecibles en organizaciones activas (variables en el tiempo). Precisa que el universo no se rige por un ordenamiento estable y predecible, sino que, se acciona de forma caótica y sus procedimientos o comportamientos se producen producto de situaciones imprevistas. Estos cambios reflejan que en algún momento pueden causar comportamiento completamente diferente e inesperado en un periodo a futuro. Este concepto está relacionado con la teoría de sistemas e incluye muchas formas de pensar. Las palabras al azar, aunque diferentes, contienen la misma idea. (60)

La tensión, hoy en día constituye uno de los más grandes inconvenientes provocados por factores psicológicos y sociales. El trabajo sin descanso es una amenaza para la salud sumado a las pésimas condiciones laborales.

De manera similar, como se mencionó anteriormente, los riesgos psicosociales están asociados con una variedad de consecuencias en la salud, del personal incluido el estrés, ansiedad, depresión y el agotamiento. Además, está directamente relacionado con enfermedades cardiovasculares y trastornos del sistema musculo esquelético.

De igual modo los componentes del riesgo psicológicos y sociales en situaciones laborales relacionados con la organización, sustento laboral y el desempeño de las acciones, que perjudican el bienestar físico mental o el entorno. Los factores psicosociales incluyen el trabajo, a tiempo parcial o aspectos externos de la organización y las circunstancias personales o características intrínsecas de los trabajadores, en sus interacciones y su impacto en la salud y el desempeño humano. (61)

Entre las dimensiones de Gestión de riesgo podemos mencionar: Atención centrada en el paciente (sitúa al paciente como prioridad antes que el profesional, considera el aprendizaje de interacción social y el soporte socioemocional que deben poseer el profesional). Seguridad del paciente. Estima que la praxis mejora por un comportamiento organizacional que tiene procesos cuya finalidad es apocar los errores de las entidades, métodos; e incluso personal de técnicos asistenciales identificando sus efectos; hasta alcanzar su satisfacción). (62)

Dorothea Orem, propone la teoría del Autocuidado en la que define como aprende la persona, comportamiento encontrado en determinadas situaciones de la vida, con el fin de modificar los elementos que perjudican su evolución y actividades e intereses. Indica tres condiciones de esta teoría: las metas a lograr, la acción que la persona debe realizar y promover cualidades esenciales para la vida. Evitando que ocurran condiciones adversas o reduciendo el impacto de tales situaciones en el desarrollo humano.

Entre las teorías que sustentan estas dos dimensiones tenemos: la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura donde afirma que el aprendizaje a nivel del entorno social es siempre más efectivo.

La teoría de Watson quien afirma que el ser humano por ser biosocial necesita cubrir asistencia elemental para su subsistencia y luego de ellas podrá entonces dedicarse a satisfacer necesidades secundarias.

Otra teoría es la del Estructuralismo de Max Weber, se fundamenta en los principios de la estructura de la organización y recursos humanos, que pregona que si deseamos encontrar estabilidad se debe considerar la autoridad, comunicación importante para alcanzar metas, estructura del comportamiento como organización del trabajo y por último la formalización temática en se orienta la empresa.

La teoría del autocuidado propuesta por Dorothea Orem, por ser actividades que aprenden los individuos y adoptados ante situaciones, en base a tres requisitos actividad que la persona debe realizar, medidas generales y condiciones necesarias para la vida y el crecimiento. Es decir, autocuidado de la profesional. El cuidado del área de enfermería incluye procedimientos que se desarrollan de común acuerdo entre dos personas, con habilidades técnicas para ayudar a las personas, a restaurar su salud.

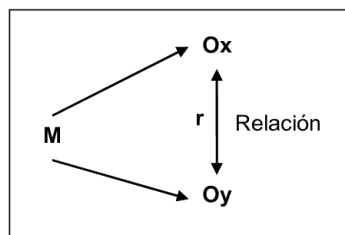
La teoría de Reason menciona que los seres humanos no somos perfectos y estamos proclives a equivocaciones que pueden superarse tomándolo como una gran lección: es decir considerar el error como una fuente de aprendizaje para que nos sirva de fortaleza y experiencia de nuevas actitudes en base a la reflexión que nos permita minimizar los errores para evitar los riesgos innecesarios en los pacientes.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación: básica, puesto que, se centró en el marco conceptual y se mantuvo en él con el fin de aumentar los conocimientos, diagnosticar la realidad y forjar nuevos modelos comprendiendo los fenómenos. Con enfoque cuantitativo, porque es un método estructurado que se encargó de recolectar, analizar, medir y estimar datos numéricos, proporcionándole valores, con el propósito de cuantificar el problema de estudio (63)

Diseño de investigación: no experimental, ya que no fue sometida a ningún sistema de prueba; de diseño correlacional, porque tuvo como propósito evaluar la vinculación entre las variables de estudio. Asimismo, de corte transversal porque los datos se tomaron en un mismo momento. Es observar el fenómeno de la fuente primaria tal como se observó realmente (64).



M: muestra

Ox: Variable X Cultura de seguridad del paciente

Oy: Variable Y Gestión de riesgo en enfermeras

#### 3.2. Variables y Operacionalización

Variable 1: Cultura de Seguridad: dependiente cuantitativa

Definición conceptual

“Es la integración de valores, actitudes, percepciones, aptitudes y comportamientos del individuo y del grupo dentro de una organización, basada en la comunicación efectiva, y confianza mutua del sistema organizacional que conllevan al

compromiso para brindar salud con seguridad y así impedir la aparición de incidentes adversos”. (45)

Dominio de técnicas, conocimientos y acciones que como profesional responsable de la salud permitan evitar situaciones adversas en la atención a los pacientes.

#### Definición operacional

Es una variable que no fue manipulada, se diseñó sobre la base de recojo de información de la variable dependiente. Aplicando un cuestionario a 30 enfermeras y enfermeros.

Se sistematizó la información para visualizar a través de tablas y gráficos.

#### Variable 2: Gestión de Riesgo: independiente cuantitativa

##### Definición conceptual

Define como el “acto de planificar, disponer, dirigir, ordenar u organizar y controlar una determinada situación. Se considera que la prevención está implícita en la gestión por lo que se debe adoptar el término de gestión de riesgos” (54)

El conjunto de acciones que, si bien no garantizan la ausencia de eventos indeseables, y que intentan agotar la posibilidad a un costo sostenible, es una forma de trabajo que nos permite gestionar el riesgo. Los riesgos de llevar al paciente a la atención médica, para que no suceda por accidente.

##### Definición Operacional

La variable gestión de riesgo es de tipo independiente, su fuente será determinar el dominio, control y manejo que presentan los enfermeros y enfermeras de un centro hospitalario ante eventos adversos, cuya finalidad fue la prevención o mitigación de posibles daños del paciente durante su permanencia; para ello utilizaremos cuestionarios que serán aplicados a este personal.

### 3.3. Población, muestra, muestreo

**Población:** grupo de personas o elementos a investigar que tuvieron las mismas características. (65)

Estuvo constituida por 30 enfermeros(as) del servicio de emergencia que vienen laborando en el nosocomio.

<b>Encuestados</b>	<b>N°</b>
Enfermeras	18
Enfermeros	12
Total	30

Fuente: Elaboración del autor

#### **Criterios de inclusión:**

Se consideró a todos las licenciadas y licenciados de enfermería del servicio de emergencia en condición de nombrados y contratados.

#### **Criterios de exclusión:**

Licenciados y licenciados en enfermería que no laboraron en el servicio de emergencia del nosocomio

Licenciados y licenciadas que se negaron a participar del estudio

**Muestra:** Subconjunto de personas u objetos extraído de la población (63)

Al ser la población relativamente pequeña se trabajó el estudio con toda la población de licenciados y licenciadas de enfermería.

**Muestreo:** Dadas las características de la población de estudio, la muestra será de tipo no probalística ya que, los criterios de selección de la muestra no son estadísticos, sino intencionales, por conveniencia (63)

**Unidad de análisis:** Estuvo constituido por licenciados/as en enfermería que laboraron en el servicio de emergencia del Hospital Regional de Tumbes.

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

Para la recolección de datos la técnica que se utilizó la encuesta como instrumento el cuestionario, en la cual fue validado por 03 expertos. Se usó el cuestionario de cultura de seguridad del paciente, adaptado por la autora en base a las dimensiones de La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (2016), del cual tomamos 3 dimensiones más estudiadas para la seguridad el paciente. Para el cuestionario de Gestión de Riesgos del paciente, fue diseñado por la autora en base a la teoría de Vega del cual se tomó 2 las dimensiones. Para la confiabilidad se usó la prueba piloto que se aplicó a un grupo de similares características de 10 profesionales de enfermería, donde se obtuvo un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de  $\alpha = 0,881$  ( $\alpha > 0.70$ ) para el instrumento para el instrumento de "Gestión de Riesgos del paciente" un índice de confiabilidad Alfa de Cronbach de  $\alpha = 0,881$  ( $\alpha > 0.70$ ). Lo cual indican que los instrumentos usados tanto para la variable 1 y para la variable 2 son excelentemente confiables.

### **3.5 Procesamiento**

Se realizó las coordinaciones pertinentes con la institución; en la cual, se envió un documento por mesa de partes, solicitando el permiso correspondiente al director de la institución para aplicar el instrumento de manera virtual y a la misma vez se coordinó con la jefa de servicio de emergencia que me facilitó la comunicación con todos los licenciados(as) de enfermería.

### **3.6. Métodos de análisis de datos**

Los métodos de análisis de datos partieron desde elaboración de la base de datos; para ello se usó la prueba de normalidad de Shapiro- Wilk debido a que la muestra es menor a 50 elementos. Además, plantea que, la hipótesis nula proviene de una distribución normal y la hipótesis alternativa que sostiene que la distribución no es normal. Para poder aprobar las hipótesis de utilizó una prueba no paramétrica, siendo éste el coeficiente de correlación de Spearman. Luego se organizó la información a través de la elaboración de tablas y gráficos que permitió organizar



la estadística en frecuencias absolutas, según los objetivos, finalmente, se optó por la interpretación, en función de los objetivos e hipótesis de la misma, para concluir con la discusión de resultados que nos permitió precisar el logro de los objetivos de la investigación interrelacionando la práctica y los fundamentos teóricos explicados en el capítulo correspondiente.

### **3.6 Aspectos éticos**

Para esta investigación se tomó en consideración los principios éticos fundamentales: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Beneficencia – no maleficencia, los sujetos de estudio participaron voluntariamente sin ser obligados; el investigador no causó daño físico o psicológico a los participantes. Autonomía, se brindó la información correspondiente invitándolos a ser partícipes por propia voluntad o retirarse de la investigación si así lo desean. Justicia, este estudio garantizó la reserva de la información de su identidad como medio de protección teniendo en cuenta su autonomía de participación.

#### IV. RESULTADOS

Como primer paso se evalúan la normalidad de los puntajes de la dimensión y general de la cultura de seguridad y el puntaje general de la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021

**Tabla N° 01:** Prueba de normalidad de los puntajes de la dimensión y general de la cultura de seguridad y el puntaje general de la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.
Puntaje de la dimensión accesibilidad	,946	30	,003
Puntaje de la dimensión competencia profesional	,881	30	,002
Puntaje de la dimensión dirección	,935	30	,006
Puntaje general de la cultura de seguridad	,939	30	,004
Puntaje general de la gestión de riesgos	,974	30	,002

Fuente: Elaboración propia, Cuestionario (2021)

Para ello se plantea la siguiente hipótesis

**H<sub>0</sub>:** Los puntajes de las dimensiones y general de la cultura de seguridad y el puntaje general de la gestión de riesgos tienen una distribución normal

**H<sub>1</sub>:** Los puntajes de las dimensiones y general de la cultura de seguridad y el puntaje general de la gestión de riesgos no tienen una distribución normal

Como se observa en la Tabla N° 01, se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk debido a que la muestra es menor a 50 elementos. Siendo esta prueba es altamente significativa (menor al 1%) para todos los puntajes de las dimensiones y el puntaje general de la cultura de seguridad y el puntaje general de la gestión de riesgos no tienen una distribución normal. Con esta afirmación para poder probar las hipótesis

se utilizará una prueba no paramétrica, siendo éste el coeficiente de correlación de Spearman.

De acuerdo al objetivo general que consiste en determinar la relación entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021, se encontraron los siguientes resultados

**Tabla N° 02.** Prueba Rho de Spearman para medir la relación entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021

		Puntaje general de la cultura de seguridad	Puntaje general de la gestión de riesgos
Rho de Spearman	Puntaje general de la cultura de seguridad	de 1,000	,757
	Coeficiente de correlación		
	Sig. (unilateral)	.	.000
	N	30	30
	Puntaje general de la gestión de riesgos	de ,757	1,000
	Coeficiente de correlación		
	Sig. (unilateral)	,000	.
	N	30	30

Fuente; Elaboración propia

En la tabla 02, se observa que el valor de Rho de Spearman fue de .757 esto quiere decir que la correlación positiva alta entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021. Además, la prueba de hipótesis del Rho de Spearman es significativa, ya que su valor de significancia ( $p= 0.001 < 0.05$ ) es menor al 5%. Por lo tanto, se acepta la hipótesis general del investigador, esto quiere decir que existe relación significativa entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021.

De acuerdo al primer objetivo específico que consiste en determinar la relación entre la dimensión accesibilidad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021, se encontraron los siguientes resultados:

**Tabla N° 03.** Prueba Rho de Spearman para medir la relación entre la dimensión accesibilidad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021

		Puntaje de la dimensión accesibilidad	Puntaje general de la gestión de riesgos
Rho de Spearman	Puntaje de la dimensión accesibilidad	de 1,000	,702
	Coeficiente correlación		
	Sig. (unilateral)	.	,000
	N	30	30
	Puntaje general de la gestión de riesgos	de ,702	1,000
	Coeficiente correlación		
	Sig. (unilateral)	,000	.
	N	30	30

Fuente; Elaboración propia

En la tabla 03, se observa que el valor de Rho de Spearman fue de 0.702 esto quiere decir que la correlación es positiva alta entre la dimensión accesibilidad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021. Además, la prueba de hipótesis del Rho de Spearman es significativa, ya que su valor de significancia ( $p= 0.001 < 0.05$ ) es menor al 5%. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 del investigador, esto quiere decir que existe relación significativa entre la dimensión accesibilidad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021

De acuerdo al segundo objetivo específico que consiste en determinar la relación entre la dimensión competencia profesional y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021. se encontraron los siguientes resultados:

**Tabla N° 04.** Prueba Rho de Spearman para medir la relación entre la dimensión competencia profesional y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021.

		Puntaje de la dimensión competencia profesional	Puntaje general de la gestión de riesgos
Rho de Spearman	Puntaje de la dimensión competencia profesional	de 1,000	,770
	Coeficiente correlación		
	Sig. (unilateral)	.	,000
	N	30	30
Rho de Spearman	Puntaje general de la gestión de riesgos	de ,770	1,000
	Coeficiente correlación		
	Sig. (unilateral)	,000	.
	N	30	30

Fuente; Elaboración propia

En la tabla 04, se observa que el valor de Rho de Spearman fue de .770 esto quiere decir que la correlación es positiva alta la dimensión competencia profesional y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021. Además, la prueba de hipótesis del Rho de Spearman es significativa, ya que su valor de significancia valor de significancia ( $p= 0.001 < 0.05$ ) es menor al 5%. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 del investigador, esto quiere decir que existe relación significativa entre la dimensión competencia profesional y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021.

De acuerdo al tercer objetivo específico que consiste en determinar la relación entre la dirección y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021. se encontraron los siguientes resultados:

**Tabla N° 05** Prueba Rho de Spearman para medir la relación entre la dirección y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021.

		Puntaje de la dimensión dirección	Puntaje general de la gestión de riesgos
Rho de Spearman	Puntaje de la dimensión dirección	de 1,000	,769
	Coefficiente correlación		
	Sig. (unilateral)	.	,000
	N	30	30
	Puntaje general de la gestión de riesgos	de ,769	1,000
	Coefficiente correlación		
	Sig. (unilateral)	,000	.
	N	30	30

Fuente; Elaboración propia

En la tabla 05, se observa que el valor de Rho de Spearman fue de 0.769 esto quiere decir que la correlación es alta positiva entre la dirección y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021. Además, la prueba de hipótesis del Rho de Spearman no es significativa, ya que su valor de significancia valor de significancia ( $p= 0.001 < 0.05$ ) es menor al 5%. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 3 del investigador, esto quiere decir que existe relación significativa entre la dimensión dirección y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021.

## V. DISCUSIÓN

De acuerdo al objetivo general que consiste en determinar la relación entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021, se encontraron los siguientes resultados

En la tabla 02, se observa que el valor de Rho de Spearman fue de .757 esto quiere decir que la correlación es alta positiva entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021. Coincidiendo en la investigación de Lima en la que la cultura de seguridad del paciente se calificó como bueno en un 48% por parte de los licenciados de enfermería. Igualmente, en la investigación de Ortega donde calificaron el clima de seguridad en los licenciados de enfermería como un nivel alto. Consecuentemente, en el estudio de Álvarez, indican que, la gestión de seguridad del paciente es calificada como positiva, ya que los jefes de servicio toman acciones para mejorarla; evidenciándose la relación entre cultura de seguridad y la gestión.

De acuerdo al primer objetivo específico que consiste en determinar la relación entre la dimensión accesibilidad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021, se encontraron los siguientes resultados:

En la tabla 03, se observa que el valor de Rho de Spearman fue de .702 esto quiere decir que la correlación es alta positiva entre la dimensión accesibilidad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021. Además, la prueba de hipótesis del Rho de Spearman es significativa, ya que su valor de significancia ( $p= 0.001 < 0.05$ ) es menor al 5%. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 1 del investigador, esto quiere decir que existe relación significativa entre la dimensión accesibilidad y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021.

Esto se puede contrastar por el estudio de Álvarez, en la que sus resultados indican que el 82% tiene una respuesta positiva cuando se trata de tomar acciones para mejorar la seguridad del paciente; acciones que se reflejan en la buena comunicación, confianza mutua y sobre todo en el clima de seguridad, y en la que,

se aprovechan los errores como un aprendizaje significativo, por lo tanto, se verifica la relación significativa en cuanto a esta dimensión.

En esa línea tenemos que existe un clima de seguridad una confianza mutua y un perfil profesional que se ve reflejado en el estado de agrado y bienestar que expresen los pacientes como resultado del trato amable comunicación y atenciones recibidas esto se refuerza con la teoría de Watson cuando expresan que el personal de enfermería debe formarse bajo un concepto humanístico con miras a mejorar la atención recibida y a su vez organizar su práctica a través de una relación enfermera paciente.

De acuerdo al segundo objetivo específico que consiste en determinar la relación entre la dimensión competencia profesional y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021.

En la tabla 04, se observa que el valor de Rho de Spearman fue de .770 esto quiere decir que la correlación es, alta positiva la dimensión competencia profesional y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021. Además, la prueba de hipótesis del Rho de Spearman es significativa, ya que su valor de significancia valor de significancia ( $p= 0.001 < 0.05$ ) es menor al 5%. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 2 del investigador, esto quiere decir que existe relación significativa entre la dimensión competencia profesional y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021. En esa misma línea, tenemos que Saravia, concluye que, el 63% de enfermeras presentaron nivel medio de cultura de seguridad, en la que se evidencia que existe un compromiso de parte del personal y a la vez un trabajo en conjunto a pesar de la sobrecarga laboral; en este sentido nos permite concordar de que existe una relación significativa entre la dimensión competencia profesional y gestión de riesgos del paciente. Además, Ortega, en su estudio, precisa que, un 75% de los enfermeros optan por realizar un trabajo en equipo, lo que corrobora tienen muy claro ser competentes profesionalmente. Coincidiendo, con la investigación de López, en la que concluye que, el trabajo en equipo se encuentra 91.3% considerándose como neutro. Por lo que es necesario diseñar técnicas laborales que permita disminuir los riesgos en los pacientes.



Esta relación significativa que existe entre la dimensión competencia profesional y la gestión de riesgo del paciente se sustenta aún más por cuanto el profesional debe tener una amplia preparación y ser competente al poner en práctica sus conocimientos técnicas recursos de los que disponen que le permitan intercambiar conocimientos y para lograr mejores resultados. Además de acuerdo a lo expresado por la teoría del estructuralismo 1947 Max Weber la cual se centra en el análisis de la estructura y los recursos humanos que permitan encontrar el balance e identificar un liderazgo que maneje la comunicación estructura del comportamiento como una unidad de producción social para servir a la sociedad lograr objetivos y la satisfacción humana.

De acuerdo al tercer objetivo específico que consiste en determinar la relación entre la dirección y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021. Se encontraron los siguientes resultados:

En la tabla 05, se observa que el valor de Rho de Spearman fue de 0.769 esto quiere decir que la correlación es alta positiva entre la dirección y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021. Además, la prueba de hipótesis del Rho de Spearman no es significativa, ya que su valor de significancia valor de significancia ( $p= 0.001 < 0.05$ ) es menor al 5%. Por lo tanto, se acepta la hipótesis específica 3 del investigador, esto quiere decir que existe relación significativa entre la dimensión dirección y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes ,2021. Coincidiendo en la investigación de Alvarez, en donde, el 64% indican que existe un apoyo por parte de la dirección en brindar seguridad del paciente; es decir, hay un trabajo efectivo, así como, se tiene cuenta en perfil profesional y además el debido reconocimiento o motivación a dicho personal

Teniendo en cuenta que la Dirección es el camino o ruta a seguir para que a través de una serie de acciones alcanzar los objetivos o metas; existen situaciones propias de la dirección como son turnos dependencias recargas responsabilidades, errores, perfiles, así como estímulos que son productos de la organización del trabajo bajo una buena orientación directriz ello implica que se deben priorizar las acciones que permitan alcanzar los objetivos. Es por ello que en la teoría del caos- orden y desorden es necesario tenerlo en cuenta ya que está basada en la supervisión, el ordenamiento y los eventos predecibles dejando en claro que el caos es perjudicial para la organización y en cambio la organización debe prevalecer Nonaka 1988, Singh y Singh 2002, precisa que el caos y la falta de orden son aspectos innatos de una institución y que las falla que surgen, llegando a soportarlas se convierten en oportunidades propias o creativas, muchas veces estas actuaciones de mejora resultan a partir de situaciones imprevistas.

En relación a las teorías que se plantean en esta investigación es necesario precisar que todas se orientan y contribuyen a mejorar la relación que existe entre cultura de seguridad y gestión de riesgo del paciente en enfermeras de un Hospital Tumbes, 2021, en la que consideramos la teoría de Reasson en la que especifica la persona tiende a cometer errores, no somos perfectos y que es necesario considerar estas faltas como un aprendizaje que nos permita tener el soporte y experticia como producto de una profunda reflexión y evitar mayores riesgos e nuestros pacientes. De igual forma tenemos la teoría de Autocuidado de Dorothea Oren que esta referida al del autocuidado del personal de enfermería, en base a su perfil, competencia profesional y accesibilidad.

Igualmente, la teoría de estructuralismo de Max Weber, la que dice, todo se conforma a partir de una organización y personal humano con la que se encuentre, partiendo desde una eficiente y efectiva gestión institucional y a la vez el aspecto de la motivación personal de incluso la preparación espiritual; es aquí donde, los equipos directivos deben concentrar su atención y su personal humano con el que cuentan briden un clima de total seguridad al paciente.

La teoría de Watson como ser social necesita primero cubrir necesidades básicas; en relación al personal que labora en instituciones y conjuga sus actividades personales y laborales, debería tener por parte de la organización hospitalaria las facilidades para una adecuada interacción social e incluso soporte socioemocional, para luego a partir de allí se pueda dedicar a satisfacer otras necesidades.

Por lo tanto, estas teorías sustentan la relación significativa que existen entre cultura de seguridad y gestión de riesgos.

## VI. CONCLUSIONES

1. Se determinó la existencia del vínculo entre la cultura y la gestión de riesgos del paciente en los licenciados de enfermería en el Hospital Regional de Tumbes. Se concluyó que estas dos variables se encuentran directamente relacionadas, con una correlación alta positiva con un valor de .757.
2. Se precisó la relación la dimensión accesibilidad y gestión de riesgos de paciente en enfermeras. Se concluyó que, existe una correlación alta positiva con un valor de .702.
3. Se logró la conexión entre la dimensión competencia profesional y la gestión de riesgos del paciente en enfermeras. Se concluyó que significa una correlación alta positiva con un valor de .770.
4. Se estableció la relación entre dimensión dirección y gestión de riesgos del paciente en enfermeras. Se concluyó que, existe una correlación alta positiva con un valor de .769.

## VII. RECOMENDACIONES

1. Promover a través de la alta dirección del Ministerio de Salud las actualizaciones en relación a cultura de seguridad y gestión del riesgo del paciente del paciente en enfermeras
2. Promover a partir de la dirección del establecimiento cumplir un clima de confianza mutua adecuado; con una comunicación horizontal que permita mejorar e implementar clima seguridad a los pacientes.
3. Mantener y fortalecer los perfiles profesionales del recurso humano que presta servicio en estos centros hospitalario, que se refleje en compromiso personales en beneficio de los pacientes.
4. Implementar un programa de incentivos laborales al personal, que permita mantener la motivación positiva y a su vez compartir sus conocimientos, así como, brindar orientaciones y opinar sin temor a represalias.

## REFERENCIAS

1. Carlos Alburequerque ea. La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe Salud OPdl, editor. Washington; 2001.
2. Augusti Figueros JH. Seguridad hospitalaria, una visión de seguridad multidimensional. Facultad de Medicina Humana. 2021; 21(1).
3. Organización Mundial de la Salud. [Online]; 2019. Acceso 09 de setiembre de 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
4. Slawomirski L, Auraaen A, Klazinga N. The Economics of Patient Safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Germany: OECD.
5. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. Crossing the Global Quality Chasm Washington: National Academies Press; 2018.
6. World Health Organization. Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente. Informe técnico definitivo..
7. IBEAS: red pionera en la seguridad del paciente en Latinoamérica. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en hospitales de Latinoamérica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
8. Ministerio de Salud. Cultura de seguridad de los hospitales. Lima. , Lima.
9. Paula Lima MdORLBVRCTM. Cultura de Seguridad del paciente en la perspectiva del equipo de enfermería en una maternidad pública. Enfermería Global. 2020; 19(60).
10. Ortega L. Cultura sobre seguridad del paciente hospitalizado y su relación con factores asociados en los profesiones de enfermería de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. [Tesis de Maestría]. [Cuenca- Ecuador].
11. Álvarez S. Cultura de seguridad del paciente en personal asistencia del Hospital Universitario Nacional de Colombia. [Tesis de maestría]. [Bogota].
12. Saravia R. Cultura de seguridad del paciente y gestión del talento humano en el personal de enfermería en áreas críticas del Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis para optar el grado académico de Maestra de Gestión de los Servicios de Salud. , Lima.

13. Young NG. Cultura de seguridad del paciente en los enfermeros de los servicios de cirugía y medicina de un Hospital Puúblico. [Tesis de maestría]. [Lima]: Universidad Cesar Vallejos.
14. Farro RL. Cultura de seguridad del paciente de las clínicas Sanna San Borja y Sanna El Golg 2017. [Tesis Maestral]. [Lima]: Universidad Cesar Vallejo.
15. López J. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de hospitalización: perspectiva personal de enfermería, Hospital Regional de Tumbes. [Tesis Maestral]. [Tumbes]: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gabllo.
16. Real Academia Española. Comunidad Baratz. [Online]; 2015. Acceso 09 de Setiembrede 2021. Disponible en: <https://www.comunidadbaratz.com/blog/cultura-es-la-palabra-mas-buscada-en-el-diccionario-de-la-rae/>.
17. Grimson A. Diversidad y cultura. Scielo. 2008; 8.
18. Harris M. Atropología cultural: Alianza editorial; 2011.
19. Diccionario vox ilustrado. Barcelona; 1995.
20. Luna RB. El concepto de la cultura: definiciones, debates y usos sociales. Revista de clases historia2013. ;(343).
21. Conferencia mundial sobre las políticas culturales. Declaracion de México sobre las políticas culturales. En: México; 1982
22. Singer M. Cultura: concepto. En Aguilar E, editor.. Madrid; 1979. p. 298-310.
23. Malinowski B. Culture. Clásicos y Contemporáneos en Antropología, CIESAS-UAM-UIA. 1931.
24. Kroeber K. Culture: a critical review of concepts and definitions. American psychological association. 1952; 47(1).
25. Lévi-Strauss C. Antropología estructural. Paidos, S.A ed. Barcelona: Paidos, S.A; 1887.
26. Geertz C. The Interpretation of Cultures Nueva York: Gedisa editorial; 1973.
27. Foro de Profesionales Latinoamericanos de Seguridad. Foro de seguridad. [Online] Acceso 29 de setiembrede 2021. Disponible en: <https://www.gestiondelriesgo.com/artic/discipl/4163.htm>.
28. Cristián Rocco AG. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. ELSEVIER. 2017; 28(5).

29. Foro Iberoamericano de organismos reguladores radiológicos y nucleares. Cultura de seguridad en las organizaciones, instalaciones y actividades con fuentes de radiación ionizante..
30. Insitituto para una cultura de seguridad industrial. ¿Qué es cultura de seguridad? [Online]; 2017. Acceso 29 de setiembre de 2021. Disponible en: <https://www.icsi-eu.org/es/revista/cultura-seguridad-definicion>.
31. Vítolo DF. Cultura de seguridad. Biblioteca virtual Noble. 2016; 1.
32. María Merino Plaza. La seguridad del paciente. Un reto para la asistencia sanitaria Madrid: RC licros; 2012.
33. Concepto definicion. seguridad. [Online]; 2021. Acceso 29 de setiembre de 2021. Disponible en: <https://concepto definicion.de/seguridad/>.
34. QUÉBEC Insitut national de santé publique du québec. INSPQ competencias e informacion especializadas en salud pública. [Online]; 1998. Acceso 29 de setiembre de 2021. Disponible en: <https://www.inspq.qc.ca/es/centro-colaborador-oms-de-quebec-para-la-promocion-de-la-seguridad-y-prevencion-de-traumatismos/definicion-del-concepto-de-seguridad>.
35. Cetap. Cultura de seguridad. [Online]. Acceso 29 de setiembre de 2021. Disponible en: <https://cetapsa.com/cultura-de-seguridad>.
36. Mutal de seguridad CChC. Modelo cultural seguridad. [Online]. Acceso 29 de setiembre de 2021. Disponible en: <https://www.mutual.cl/portal/publico/Centro-Cultura/modelos>.
37. Wachter.. Compreendendo a segurança do paciente. Por Alegre: Artmed. 2010; 26(1).
38. Vicent. Segurança do Paciente: orientações para evitar eventos adversos. São Caetano do sul. 2009.
39. Behan. An organizational framework for transformational change in patient safety. The Patient Safety Handbook.. 2004; 53.
40. Perencevich E SPWSea.. Raising Standards While Watching the Bottom Line. PubMed.gov. 2007; 28(10).
41. Vincent C. Incident reporting and patient safety. BMJ. 2007; 334(51).
42. Sonia Escudero Vidal. Plan anual de seguridad del paciente. Ministerio de Salud.



43. Fernandez MM. Analisis del trabajo en equipo entre enfermeras y auxiliares de enfermería, según los distintos modelos de organización de enfermería. Universidad publica de Navarra.
44. Orzanización Internacional del Trabajo. Estudio de practias culturales referidas al trabajo infantil domestigo en hogares de terceros- Colombia. [Online]. Acceso 29 de setiembre de 2021. Disponible en: [http://white.lim.ilo.org/ipec/documentos/patrcul\\_col.pdf](http://white.lim.ilo.org/ipec/documentos/patrcul_col.pdf).
45. Agency for Healthcare Reserch and Quality. Improving Patient Sfety in Hospitals: A Resource List for Users of the AHQR..
46. Significados. [Online]; 2017. Acceso 29 de setiembre de 2021. Disponible en: <https://www.significados.com/direccion/>.
47. Stephen Robbins TJ. Comportamiento Organizacional Rosas PMG, editor. Mexico; 2009.
48. peiró R. Trabajo en equipo. Economipedia. [Online]; 2020. Acceso 29 de setiembre de 2021. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/trabajo-en-equipo.html>.
49. Jose Gómez FS. La comunicación. Revista de la facultad de ciencias de la salud. Universodad de Carabobo. 2016; 20(3).
50. Melissa Fernanda Lugo Jácome DVG. Administración hospitalaria en gestion del riesgo. tesis para especialistas. Bogota: Universidad Santo Tomás.
51. Editorial. Gestión del tercer milenio. Rev. de investigación de la Fac. de ciencias administrativas, UNMSM. 2009; 12(23).
52. Rafael Soler PVAOE. La gestión de riesgo: el ausente recurrente de la administración de empresas. Revista Ciencia Unemi. ; 11(26).
53. Norma ISO 3100 : El valor de la gestión de riesgos en las organizaciones. ISOTools excellence. [Online]. Disponible en: <https://www.isotools.org/pdfs-pro/ebook-iso-31000-gestion-riesgos-organizaciones.pdf>.
54. Vega L, Marrero F. Gestión de riesgos en hospitales cubanos: un componente pendiente y necesario. Gac Méd Espirit. 2021; 23(1).
55. Murray P. Gestion-informacion-conocimiento. Revista de bibliotecologia y ciencias de la informacion. 2002; 4(14).
56. G C. Risk management in the control of the infections of operating sites. Rev. Med. Clínica las Condes. 2007; 18(1).

57. Diana Carvajal JM. Aporte de los sistemas de gestión en prevención de riesgos laborales a la gestión de la salud y seguridad en el trabajo. *Movimiento científico*. 2012; 6(1).
58. Ludys Soto MM. Riesgos laborales del personal de enfermería en el servicio de infectología del hospital nacional de niños Benjamin Bloom de Mayo. Tesis magistral. San Salvador: Universidad de el Salvador.
59. Rodriguez SHy. Teoría general administrativa: origen, evolución y vanguardia. 4th ed. McGRAW-HILL/INTERAMERICADA , editor. Corea; 2006.
60. Duqye OS. Relevance of theory of Chaos and Trandisciplinary in Stratig Management. *Scielo*. 2017; 19(33).
61. Carmen Báex León BMJ. Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medida y buenas prácticas. Madrid: Intitución Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
62. Silvia García EG. Los recursos humanos aplicados ala gestión deportiva. 1st ed. Barcelona; 2007.
63. Vara A. Dede la idea hasta la sustentación: siete pasos para una tesis exitosa. Lima: Insitituto de investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas y Recursos humanos.Universidad de San Martin de Porres.
64. Roberto Hernandez CFPB. Metodología de la investigación. McGRAW - HILL INTERAMERICANA DE MÉXICO, S.A. de C.V. ed. Mexico: Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial; 1997.
65. Beatriz Pineda EdAFdc. Metodología de la investigación, manual para el desarrollo de personal de salud. 2nd ed. Washington: Organizacion Panamerica de la Salud; 1994.
- 66.

## ANEXOS

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	Ítems	ESCALA DE MEDCIÓN				
Cultura de seguridad	La Agencia Nacional para la Seguridad del Paciente (AHQR) define como la integración de valores, actitudes, percepciones, aptitudes y comportamientos del individuo y del grupo dentro de una organización, basada en la comunicación efectiva, y confianza mutua del sistema organizacional que conllevan al compromiso para brindar salud con seguridad y así impedir la aparición de incidentes adversos.	Conjunto de acciones que tiene como finalidad evitar situaciones adversas por parte de las enfermeras para garantizar que no causaran daños a los pacientes durante su atención hospitalaria	Competencia profesional	Trabajo en equipo	1. 2.	Ordinal				
				Compromiso	3.					
			Accesibilidad	Comunicación	4.					
				Confianza mutua	5.					
				Clima de seguridad	6. 7.					
			Dirección	Gestión Institucional	8. 9.					
				Motivación	10.					
			Gestión de riesgos	Vega, define como el acto de planificar, disponer, dirigir, ordenar u organizar y controlar una determinada situación.	Procedimientos que implican el dominio, control y manejo de situaciones orientadas a la prevención de riesgos mayores		Atención centrada en el paciente	Interacción social	11. 12. 13. 14.	Ordinal
								Seguridad del paciente	Satisfacción	
							Estructura de comportamiento organizacional		18. 19. 20.	

## CUESTIONARIO

# CULTURA DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGO

Estimado enfermero(a) el presente cuestionario es importante para el desarrollo de mi investigación; es anónimo y pretende recoger información valiosa para establecer el nivel de cultura de seguridad en el paciente que posee el personal asistencial de un centro de salud.

**Instrucciones:** este cuestionario está estructurado en 03 dimensiones las mismas que cuenta con 03 indicadores cada uno. Marca con un aspa en el casillero en blanco según la escala de valores establecida (del 1 al 5) que más se aproxime a tu nivel de conocimiento.

SEXO

EDAD

### Escala valorativa

Nunca (1)	Casi nunca (2)	Ocasionalmente (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
--------------	-------------------	-----------------------	---------------------	----------------

Nº	ÍTEMS	Nunca (1)	Casi nunca (2)	Ocasionalm ente (3)	Casi siempre (4)	Siemp re (5)
	<b>VARIABLE: CULTURA DE SEGURIDAD</b>					
	<b>Dimensión: Competencia profesional</b>					
01	Ante una sobrecarga laboral consideras que debe distribuirse el trabajo en equipo.					
02	Aplicas las técnicas de prevención en base a tus conocimientos para evitar daños mayores en el paciente					
03	Planifican en equipos de trabajo Cuando es necesario realizar replicas al personal ante una capacitación recibida.					
	<b>Dimensión: accesibilidad</b>					
04	Se puede evidenciar que existe una confianza mutua entre el personal de enfermería para dialogar sobre la seguridad del paciente.					
05	El clima de seguridad y confianza mutua que se percibe en el centro de salud es el adecuado.					
06	La comunicación es oportuna y eficaz para todo el personal del centro de salud					
07	Consideras necesario que el personal asistencial debe contar con un perfil profesional idóneo manteniendo en todo momento su ética profesional.					
	<b>DIMENSION: DIRECCION</b>					
08	De presentarse un error humano la dirección, lo asimila como un aprendizaje y motiva al personal de enfermería para que mejore su práctica.					
09	El jefe considera el perfil profesional para brindar eficiente servicio.					

10	Existe por parte de la Dirección un reconocimiento y valoración a su personal de enfermeros (as) por su eficiente desempeño.					
	<b>VARIABLE GESTIÓN DE RIESGOS:</b>					
	<b>Dimensión: atención centrada en el paciente</b>					
11	Su institución cuenta con una dirección responsable de organizar la Gestión de Riesgos.					
12	Existe un organigrama orientador para el paciente y actualizado con respecto a la gestión de riesgo.					
13	El personal asistencial es capacitado constantemente en gestión de riesgos ante el paciente.					
14	Los medios que se utilizan para la difusión de los instrumentos técnicos normativos en gestión de riesgo son de fácil acceso para el personal asistencial.					
	<b>Dimensión: seguridad del paciente</b>					
15	Su preparación le está permitiendo comprender las causas del error de la seguridad del paciente.					
16	Como resultado de mi formación de pregrado, tengo una buena comprensión de las cuestiones de Seguridad del Paciente.					
17	Me sentiría cómodo informando cualquier error de otras personas sin importar los resultados para el paciente.					
18	Consideras que los turnos de trabajo más cortos para los enfermeros reducirán los errores en la atención.					
19	Al no tomar descansos regulares durante los turnos, las enfermeras aumentan el riesgo de cometer errores.					
20	El número de horas que trabajan las aumenta la probabilidad de cometer errores en la atención.					

***MUCHAS GRACIAS POR SU APORTE***

*Prueba piloto del cuestionario cultura y seguridad*

ÍTEM CONTENIDO	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	PP19	P20
1	1	2	1	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	5	4	3	2	1
2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	3	5
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	4	4	4
4	4	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
5	2	1	1	2	5	5	5	4	5	4	5	5	5	2	2	2	5	5	1	2
6	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	2	1
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	3	1
8	2	2	5	4	2	5	3	5	3	5	3	4	5	3	5	1	1	5	4	2
9	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	3
10	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3

Fuente: Propiedad del autor

Discusión

Se aplicó un cuestionario con 20 preguntas a 10 personas para determinar la confiabilidad y validez.

**Tabla 2**

***Resumen de procesamiento de casos***

		N	%
Casos	Válido	10	50,0
	Excluido <sup>a</sup>	10	50,0
	Total	20	100,0

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

Fuente: Propiedad del autor

**Tabla 3.**

***Estadísticas de fiabilidad***

Alfa de Cronbach	N de elementos
,881	10

Fuente: Propiedad del autor

PLANILLON DE CULTURA DE SEGURIDAD														
Sujetos	MPETENCIA PROFESION				ACCESIBILIDAD				DIRECCION				TOTAL	
	P1	P2	P3		P4	P5	P6	P7		P8	P9	P10		
1	4	5	5	14	5	4	3	5	17	5	5	3	13	44
2	5	5	4	14	5	4	4	5	18	4	4	2	10	42
3	5	5	4	14	4	2	2	5	13	1	4	2	7	34
4	5	5	3	13	3	2	5	5	15	1	1	3	5	33
5	3	5	3	11	5	3	5	5	18	4	4	4	12	41
6	4	4	2	10	4	2	3	4	13	2	2	3	7	30
7	5	5	2	12	5	4	5	5	19	2	2	1	5	36
8	5	5	4	14	4	4	4	5	17	5	5	5	15	46
9	5	5	5	15	5	4	5	5	19	2	5	2	9	43
10	5	5	5	15	5	5	5	5	20	3	1	2	6	41
11	5	5	3	13	4	5	4	5	18	1	2	1	4	35
12	5	5	4	14	4	4	4	5	17	3	4	1	8	39
13	5	5	5	15	4	4	5	5	18	4	4	3	11	44
14	2	5	3	10	4	5	4	5	18	3	5	3	11	39
15	3	4	3	10	4	3	4	4	15	2	3	2	7	32
17	5	4	2	11	3	3	3	4	13	2	3	2	7	31
18	5	5	2	12	4	2	3	5	14	2	1	2	5	31
19	5	3	2	10	3	3	2	5	13	2	2	2	6	29
20	5	3	3	11	1	2	1	5	9	1	1	1	3	23
21	4	4	2	10	3	3	3	5	14	1	3	1	5	29
22	5	5	3	13	2	2	2	5	11	1	3	1	5	29
23	3	3	2	8	3	3	4	4	14	1	4	2	7	29
24	5	3	2	10	3	3	3	5	14	1	4	1	6	30
25	5	3	2	10	3	3	3	5	14	2	4	2	8	32
26	5	4	2	11	2	3	3	5	13	1	4	1	6	30
27	5	3	2	10	3	3	3	5	14	1	1	1	3	27
28	5	4	2	11	3	3	3	5	14	1	4	1	6	31
29	4	4	2	10	3	3	2	5	13	1	4	1	6	29
30	4	4	2	10	3	5	3	5	16	2	4	4	10	36



PLANILLON GESTION DE SEGURIDAD													
Sujetos	ACTIVIDADES CENTRADA EN EL PACIENTE					SEGURIDAD DEL PACIENTE						TOTAL	
	P11	P12	P13	P14		P15	P16	P17	P18	P19	P20		
1	3	1	3	3	10	5	3	5	4	4	3	24	34
2	3	3	4	4	14	4	4	4	4	3	3	22	36
3	4	4	2	2	12	5	5	5	2	4	4	25	37
4	3	1	3	3	10	5	3	1	1	5	5	20	30
5	3	4	4	5	16	4	5	1	3	1	3	17	33
6	2	2	2	1	7	4	4	1	1	4	2	16	23
7	2	1	3	1	7	3	5	3	1	3	3	18	25
8	4	4	4	3	15	4	4	4	3	3	3	21	36
9	3	4	4	5	16	5	5	5	5	1	1	22	38
10	2	2	3	3	10	4	3	1	2	5	5	20	30
11	2	1	1	1	5	2	3	1	3	5	5	19	24
12	2	2	2	3	9	4	5	2	3	4	3	21	30
13	4	5	3	4	16	5	5	4	4	5	5	28	44
14	3	3	3	3	12	4	4	1	1	2	2	14	26
15	3	2	2	2	9	4	3	2	2	3	2	16	25
16	4	3	2	3	12	3	4	3	2	3	2	17	29
17	4	2	2	2	10	4	2	1	4	4	4	19	29
18	2	1	2	3	8	3	3	2	5	5	5	23	31
19	1	1	1	3	6	4	5	3	5	5	5	27	33
20	2	2	2	3	9	5	5	3	5	5	5	28	37
21	2	1	2	2	7	4	3	1	3	5	5	21	28
22	2	1	2	3	8	4	5	1	3	5	5	23	31
23	2	1	2	3	8	4	4	2	3	5	5	23	31
24	2	1	2	2	7	4	5	3	3	5	5	25	32
25	2	2	2	2	8	3	4	3	5	5	5	25	33
26	2	2	2	3	9	4	3	2	4	5	5	23	32
27	2	2	2	3	9	4	4	2	4	5	5	24	33
28	2	2	2	3	9	4	4	3	4	5	5	25	34
29	2	3	3	2	10	3	5	2	3	2	2	17	27
30	1	1	2	3	7	4	4	2	5	5	5	25	32

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CULTURA DE SEGURIDAD

Nº	DIMENSIONES /ITEMS	PERTENENCIA (1)		RELEVANCIA (2)		CLARIDAD (3)		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	<b>Dimensión: Competencia profesional</b>	X		X		X		
1.	Existe apoyo mutuo entre compañeros.	X		X		X		
2.	Ante una sobrecarga laboral consideras que debe distribuirse el trabajo en equipo.	X		X		X		
3.	Aplicas las técnicas de prevención en base a tus conocimientos para evitar daños mayores en el paciente.	X		X		X		
4.	Consideras que los enfermeros (as) siempre brindan la mejor atención y seguridad al paciente.	X		X		X		
5.	Es importante conocer y aplicar el protocolo de seguridad para la mejor atención al paciente.	X		X		X		
6.	Se evidencia en el personal asistencial actitudes de respeto tolerancia compañerismo y trabajo en equipo	X		X		X		
7.	Entre los diferentes servicios crees tú que existe una buena coordinación y cooperación para una mejor atención.	X		X		X		
8.	Consideras necesario que el personal asistencial debe contar con un perfil profesional idóneo manteniendo en todo momento su ética profesional.	X		X		X		
9.	Consideras necesario que el personal asistencial debe contar con un perfil profesional idóneo manteniendo en todo momento su ética profesional.	X		X		X		
10.	Planifican en equipos de trabajo cuando es necesario realizar replicas al personal ante una capacitación recibida.	X		X		X		
	<b>Dimensión: Accesibilidad</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
11.	Se puede evidenciar que existe una confianza mutua entre el personal de enfermería para dialogar sobre la seguridad del paciente	X		X		X		
12.	Se puede afirmar que los directivos brindan confianza mutua al personal asistencial.	X		X		X		
13.	La comunicación permite que el personal de enfermería se sienta satisfecho en su trabajo.	X		X		X		
14.	El clima de seguridad y confianza mutua que se percibe en el centro de salud es el adecuado.	X		X		X		
15.	Los canales de comunicación son eficaces que actualizan al personal en relación a los avances de la seguridad del paciente	X		X		X		
16.	Ante una situación de peligro existe la confianza mutua para dar solución.	X		X		X		
17.	La comunicación es oportuna y eficaz para todo el personal del centro de salud.	X		X		X		
18.	El personal de enfermería ante un error tiene la confianza necesaria para plantear interrogantes sobre lo sucedido en el servicio.	X		X		X		
19.	La comunicación en el centro de salud permite la interacción del personal de enfermería	X		X		X		
20.	La comunicación oportuna contribuye a canalizar esfuerzos para superar obstáculos entre los enfermeros.	X		X		X		
	<b>Dimensión: Dirección</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
21.	El director de la institución canaliza aprendizajes en relación a la organización.	X		X		X		
22.	El responsable del centro asistencial pone en práctica las sugerencias del personal de enfermería en relación a la mejora de la seguridad del paciente.	X		X		X		

23. Ante un evento adverso el director con su personal de enfermeros asume su responsabilidad.	X		X		X		
24. De presentarse un error humano la dirección, lo asimila como un aprendizaje y motiva para al personal de enfermería para que mejore su práctica.	X		X		X		
25. El responsable gestiona eficientemente ante el órgano correspondiente para mejorar las condiciones en que se desempeña el personal de enfermería.	X		X		X		
26. La dirección da prioridad al personal de enfermería para efectivizar capacitaciones en temas de cultura y seguridad del paciente.	X		X		X		
27. Ante un hecho de riesgo, la dirección recién se preocupa por sus pacientes y personal de enfermería.	X		X		X		
28. Existe por parte de la dirección un reconocimiento y valoración a su personal de enfermeros (as) por su eficiente desempeño.	X				X		
29. El jefe considera el perfil profesional para brindar un eficiente servicio.	X				X		
30. El líder practica una comunicación horizontal y asertiva.	X				X		

INDICACIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable (SI ) Aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )

APellidos y Nombres del Juez: ALICIA FERIA GUERRERO DNI: 06435976

ESPECIALIDAD DEL EVALUADOR: MAGISTER EN GESTION EN RIESGOS Y DESASTRES

30 de octubre del 2021.

- (1) Pertinencia: el ítem, al concepto teórico formulado
- (2) Relevancia: el ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión especificada del constructo.
- (3) Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



DNI: 06435976

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO QUE MIDE GESTIÓN DE RIESGO**

Nº	DIMENSIONES /ITEMS	PERTENENCIA (1)		RELEVANCIA (2)		CLARIDAD (3)		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<b>Dimensión: Atención centrada en el paciente</b>		X		X		X		
1.	Su institución cuenta con una dirección responsable de organizar la Gestión de Riesgos.	X		X		X		
2.	Existe un organigrama orientador para el paciente y actualizado con respecto a la gestión de riesgo.	X		X		X		
3.	El personal asistencial es capacitado constantemente en gestión de riesgos ante el paciente.	X		X		X		
4.	La Dirección desarrolla procesos de estimación, prevención y reducción de riesgos interactuando con el personal asistencial	X		X		X		
5.	Para los procesos de preparación, respuesta y rehabilitación del paciente interviene el personal asistencial.	X		X		X		
6.	La dirección elabora un Plan o Programa de Gestión de riesgo centrado en la atención al paciente	X		X		X		
7.	Dentro del Manual de Organización y funciones del personal de enfermeros es prioritaria la atención al paciente evitando riesgos.	X		X		X		
8.	El personal asistencial hace uso de un Protocolo contemplado en el plan de gestión de riesgos para atender alguna emergencia.	X		X		X		
9.	La Dirección considera en su plan de gestión de riesgo acciones de soporte socioemocional para el personal de enfermería.	X		X		X		
10.	Los medios que se utilizan para la difusión de los instrumentos técnicos normativos en gestión de riesgo son de fácil acceso para el personal asistencial.	X		X		X		
<b>Dimensión: Seguridad del paciente</b>		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
11.	Su preparación me está permitiendo comprender las causas del error la seguridad del paciente.	X		X		X		
12.	Como resultado de mi formación de pregrado, tengo una buena comprensión de las cuestiones de Seguridad del Paciente.	X		X		X		
13.	Mi práctica me está preparando para prevenir errores en la atención.	X		X		X		
14.	Te sientes satisfecho y/o cómodo reportando cualquier error que haya cometido, sin importar cuán serios hayan sido los resultados para el paciente.	X		X		X		
15.	Me sentiría cómodo informando cualquier error de otras personas sin importar los resultados para el paciente.	X		X		X		
16.	Te sientes en confianza de poder hablar abiertamente con tu jefe acerca de un error que hayas cometido	X		X		X		
17.	Consideras que los turnos de trabajo más cortos para los enfermeros reducirán los errores en la atención	X		X		X		
18.	Al no tomar descansos regulares durante los turnos, las enfermeras aumentan el riesgo de cometer errores.	X		X		X		
19.	El número de horas que trabajan las aumenta la probabilidad de cometer errores en la atención.	X		X		X		
20.	Incluso las enfermeras más experimentadas y competentes cometen errores.	X		X		X		

**OBSERVACIONES (PRECISAR SI HAY SUFICIENCIA):**
**CONDICIÓN DE APLICABILIDAD:** Aplicable (SI ) Aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ:** ALICIA FERIA GUERRERO DNI: 06435976

**ESPECIALIDAD DEL EVALUADOR:** MAGISTER EN GESTION EN RIESGOS Y DESASTRES

30 de octubre del 2021.

- (1) Pertinencia: el ítem, al concepto teórico formulado  
 (2) Relevancia: el ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión especificada del constructo.  
 (3) Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.  
 Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



DNI: 06435976



## CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CULTURA DE SEGURIDAD

Nº	DIMENSIONES /ITEMS	PERTENENCIA (1)		RELEVANCIA (2)		CLARIDAD (3)		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	<b>Dimensión: Competencia profesional</b>	X		X		X		
31.	Existe apoyo mutuo entre compañeros.	X		X		X		
32.	Ante una sobrecarga laboral consideras que debe distribuirse el trabajo en equipo.	X		X		X		
33.	Aplicas las técnicas de prevención en base a tus conocimientos para evitar daños mayores en el paciente.	X		X		X		
34.	Consideras que los enfermeros (as) siempre brindan la mejor atención y seguridad al paciente.	X		X		X		
35.	Es importante conocer y aplicar el protocolo de seguridad para la mejor atención al paciente.	X		X		X		
36.	Se evidencia en el personal asistencial actitudes de respeto tolerancia compañerismo y trabajo en equipo	X		X		X		
37.	Entre los diferentes servicios crees tú que existe una buena coordinación y cooperación para una mejor atención.	X		X		X		
38.	Consideras necesario que el personal asistencial debe contar con un perfil profesional idóneo manteniendo en todo momento su ética profesional.	X		X		X		
39.	Consideras necesario que el personal asistencial debe contar con un perfil profesional idóneo manteniendo en todo momento su ética profesional.	X		X		X		
40.	Planifican en equipos de trabajo cuando es necesario realizar replicas al personal ante una capacitación recibida.	X		X		X		
	<b>Dimensión: Accesibilidad</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
41.	Se puede evidenciar que existe una confianza mutua entre el personal de enfermería para dialogar sobre la seguridad del paciente	X		X		X		
42.	Se puede afirmar que los directivos brindan confianza mutua al personal asistencial.	X		X		X		
43.	La comunicación permite que el personal de enfermería se sienta satisfecho en su trabajo.	X		X		X		
44.	El clima de seguridad y confianza mutua que se percibe en el centro de salud es el adecuado.	X		X		X		
45.	Los canales de comunicación son eficaces que actualizan al personal en relación a los avances de la seguridad del paciente	X		X		X		
46.	Ante una situación de peligro existe la confianza mutua para dar solución.	X		X		X		
47.	La comunicación es oportuna y eficaz para todo el personal del centro de salud.	X		X		X		
48.	El personal de enfermería ante un error tiene la confianza necesaria para plantear interrogantes sobre lo sucedido en el servicio.	X		X		X		
49.	La comunicación en el centro de salud permite la interacción del personal de enfermería	X		X		X		
50.	La comunicación oportuna contribuye a canalizar esfuerzos para superar obstáculos entre los enfermeros.	X		X		X		
	<b>Dimensión: Dirección</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
51.	El director de la institución canaliza aprendizajes en relación a la organización.	X		X		X		

52.	El responsable del centro asistencial pone en práctica las sugerencias del personal de enfermería en relación a la mejora de la seguridad del paciente.	X		X		X	
53.	Ante un evento adverso el director con su personal de enfermeros asume su responsabilidad.	X		X		X	
54.	De presentarse un error humano la dirección, lo asimila como un aprendizaje y motiva para al personal de enfermería para que mejore su práctica.	X		X		X	
55.	El responsable gestiona eficientemente ante el órgano correspondiente para mejorar las condiciones en que se desempeña el personal de enfermería.	X		X		X	
56.	La dirección da prioridad al personal de enfermería para efectivizar capacitaciones en temas de cultura y seguridad del paciente.	X		X		X	
57.	Ante un hecho de riesgo, la dirección recién se preocupa por sus pacientes y personal de enfermería.	X		X		X	
58.	Existe por parte de la dirección un reconocimiento y valoración a su personal de enfermeros (as) por su eficiente desempeño.	X				X	
59.	El responsable considera el perfil profesional para brindar un eficiente servicio.	X				X	
60.	El líder practica una comunicación horizontal y asertiva.	X				X	

INIÓN DE APLICABILIDAD: **Aplicable (SI) Aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )**

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ:** ANA MARIA ORTIZ CABRERA **DNI: 00237457**

**ESPECIALIDAD DEL EVALUADOR: MAESTRIA EN GESTION SERVICIOS DE SALUD**


**30 de octubre del 2021.**

(4) Pertinencia: el ítem, al concepto teórico formulado

(5) Relevancia: el ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión especificada del constructo.

(6) Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

  
DNI 00237457

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO QUE MIDE GESTIÓN DE RIESGO**


Nº	DIMENSIONES /ITEMS	PERTENENCIA (1)		RELEVANCIA (2)		CLARIDAD (3)		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<b>Dimensión: Atención centrada en el paciente</b>		X		X		X		
21.	Su entidad cuenta con una dirección responsable de organizar la Gestión de Riesgos.	X		X		X		
22.	Existe un organigrama orientador para el paciente y actualizado con respecto a la gestión de riesgo.	X		X		X		
23.	El personal asistencial es capacitado constantemente en gestión de riesgos ante el paciente.	X		X		X		
24.	La Dirección desarrolla procesos de estimación, prevención y reducción de riesgos interactuando con el personal asistencial	X		X		X		
25.	Para los procesos de preparación, respuesta y rehabilitación del paciente interviene el personal asistencial.	X		X		X		
26.	La dirección elabora un Plan o Programa de Gestión de riesgo centrado en la atención al paciente	X		X		X		
27.	Dentro del Manual de Organización y funciones del personal de enfermeros es prioritaria la atención al paciente evitando riesgos.	X		X		X		
28.	El personal asistencial hace uso de un Protocolo contemplado en el plan de gestión de riesgos para atender alguna emergencia.	X		X		X		
29.	La Dirección considera en su plan de gestión de riesgo acciones de soporte socioemocional para el personal de enfermería.	X		X		X		
30.	Los medios que se utilizan para la difusión de los instrumentos técnicos normativos en gestión de riesgo son de fácil acceso para el personal asistencial.	X		X		X		
<b>Dimensión: Seguridad del paciente</b>		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
31.	Mi preparación me está permitiendo comprender las causas del error la seguridad del paciente.	X		X		X		
32.	Como resultado de mi formación de pregrado, tengo una buena comprensión de las cuestiones de Seguridad del Paciente.	X		X		X		
33.	Mi práctica me está preparando para prevenir errores en la atención.	X		X		X		
34.	Te sientes satisfecho y/o cómodo reportando cualquier error que haya cometido, sin importar cuán serios hayan sido los resultados para el paciente.	X		X		X		
35.	Me sentiría cómodo informando cualquier error de otras personas sin importar los resultados para el paciente.	X		X		X		
36.	Te sientes en confianza de poder hablar abiertamente con tu jefe acerca de un error que hayas cometido	X		X		X		
37.	Consideras que los turnos de trabajo más cortos para los enfermeros reducirán los errores en la atención	X		X		X		
38.	Al no tomar descansos regulares durante los turnos, las enfermeras aumentan el riesgo de cometer errores.	X		X		X		
39.	El número de horas que trabajan las aumenta la probabilidad de cometer errores en la atención.	X		X		X		
40.	Incluso las enfermeras más experimentadas y competentes cometen errores.	X		X		X		

**OBSERVACIONES (PRECISAR SI HAY SUFICIENCIA):**
**INIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable (SI ) Aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )**
**APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ: ANA MARIA ORTIZ CABRERA DNI: 00237457**

**ESPECIALIDAD DEL EVALUADOR: MAESTRIA EN GESTION SERVICIOS DE SALUD**

**30 de octubre del 2021.**

- (4) Pertinencia: el ítem, al concepto teórico formulado
  - (5) Relevancia: el ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión especificada del constructo.
  - (6) Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
- Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



DNI 00237457



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CULTURA DE SEGURIDAD**

Nº	DIMENSIONES /ITEMS	PERTENENCIA (1)		RELEVANCIA (2)		CLARIDAD (3)		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	<b>Dimensión: Competencia profesional</b>	X		X		X		
61.	Existe apoyo mutuo entre compañeros.	X		X		X		
62.	Ante una sobrecarga laboral consideras que debe distribuirse el trabajo en equipo.	X		X		X		
63.	Aplicas las técnicas de prevención en base a tus conocimientos para evitar daños mayores en el paciente.	X		X		X		
64.	Consideras que los enfermeros (as) siempre brindan la mejor atención y seguridad al paciente.	X		X		X		
65.	Es importante conocer y aplicar el protocolo de seguridad para la mejor atención al paciente.	X		X		X		
66.	Se evidencia en el personal asistencial actitudes de respeto tolerancia compañerismo y trabajo en equipo	X		X		X		
67.	Entre los diferentes servicios crees tú que existe una buena coordinación y cooperación para una mejor atención.	X		X		X		
68.	Consideras necesario que el personal asistencial debe contar con un perfil profesional idóneo manteniendo en todo momento su ética profesional.	X		X		X		
69.	Consideras necesario que el personal asistencial debe contar con un perfil profesional idóneo manteniendo en todo momento su ética profesional.	X		X		X		
70.	Planifican en equipos de trabajo cuando es necesario realizar replicas al personal ante una capacitación recibida.	X		X		X		
	<b>Dimensión: Accesibilidad</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
71.	Se puede evidenciar que existe una confianza mutua entre el personal de enfermería para dialogar sobre la seguridad del paciente	X		X		X		
72.	Se puede afirmar que los directivos brindan confianza mutua al personal asistencial.	X		X		X		
73.	La comunicación permite que el personal de enfermería se sienta satisfecho en su trabajo.	X		X		X		
74.	El clima de seguridad y confianza mutua que se percibe en el centro de salud es el adecuado.	X		X		X		
75.	Los canales de comunicación son eficaces que actualizan al personal en relación a los avances de la seguridad del paciente	X		X		X		
76.	Ante una situación de peligro existe la confianza mutua para dar solución.	X		X		X		
77.	La comunicación es oportuna y eficaz para todo el personal del centro de salud.	X		X		X		
78.	El personal de enfermería ante un error tiene la confianza necesaria para plantear interrogantes sobre lo sucedido en el servicio.	X		X		X		
79.	La comunicación en el centro de salud permite la interacción del personal de enfermería	X		X		X		
80.	La comunicación oportuna contribuye a canalizar esfuerzos para superar obstáculos entre los enfermeros.	X		X		X		
	<b>Dimensión: Dirección</b>	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
81.	El director de la institución canaliza aprendizajes en relación a la organización.	X		X		X		
82.	El responsable del centro asistencial pone en práctica las sugerencias del personal de enfermería en relación a la mejora de la seguridad del paciente.	X		X		X		
83.	Ante un evento adverso el director con su personal de enfermeros asume su responsabilidad.	X		X		X		
84.	De presentarse un error humano la dirección, lo asimila como un aprendizaje y motiva para al personal de enfermería para que mejore su práctica.	X		X		X		

85.	El responsable gestiona eficientemente ante el órgano correspondiente para mejorar las condiciones en que se desempeña el personal de enfermería.	X		X		X	
86.	La dirección da prioridad al personal de enfermería para efectivizar capacitaciones en temas de cultura y seguridad del paciente.	X		X		X	
87.	Ante un hecho de riesgo, la dirección recién se preocupa por sus pacientes y personal de enfermería.	X		X		X	
88.	Existe por parte de la dirección un reconocimiento y valoración a su personal de enfermeros (as) por su eficiente desempeño.	X				X	
89.	El responsable considera el perfil profesional para brindar un eficiente servicio.	X				X	
90.	El líder practica una comunicación horizontal y asertiva.	X				X	

**INIÓN DE APLICABILIDAD:** Aplicable (S) Aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ:** ROSA ELENA PALACIONES CASTILLO DNI: 00213795

**ESPECIALIDAD DEL EVALUADOR:** MAESTRIA EN GESTION SERVICIOS DE SALUD

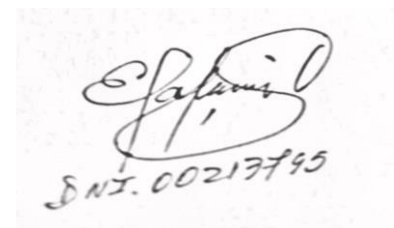
**30 de octubre del 2021.**

(7) Pertinencia: el ítem, al concepto teórico formulado

(8) Relevancia: el ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión especificada del constructo.

(9) Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Handwritten signature and DNI number: DNI. 00213795

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO QUE MIDE GESTIÓN DE RIESGO**

Nº	DIMENSIONES /ITEMS	PERTENENCIA (1)		RELEVANCIA (2)		CLARIDAD (3)		OBSERVACIONES
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<b>Dimensión: Atención centrada en el paciente</b>		X		X		X		
41.	Su entidad cuenta con una dirección responsable de organizar la Gestión de Riesgos.	X		X		X		
42.	Existe un organigrama orientador para el paciente y actualizado con respecto a la gestión de riesgo.	X		X		X		
43.	El personal asistencial es capacitado constantemente en gestión de riesgos ante el paciente.	X		X		X		
44.	La Dirección desarrolla procesos de estimación, prevención y reducción de riesgos interactuando con el personal asistencial	X		X		X		
45.	Para los procesos de preparación, respuesta y rehabilitación del paciente interviene el personal asistencial.	X		X		X		
46.	La dirección elabora un Plan o Programa de Gestión de riesgo centrado en la atención al paciente	X		X		X		
47.	Dentro del Manual de Organización y funciones del personal de enfermeros es prioritaria la atención al paciente evitando riesgos.	X		X		X		
48.	El personal asistencial hace uso de un Protocolo contemplado en el plan de gestión de riesgos para atender alguna emergencia.	X		X		X		
49.	La Dirección considera en su plan de gestión de riesgo acciones de soporte socioemocional para el personal de enfermería.	X		X		X		
50.	Los medios que se utilizan para la difusión de los instrumentos técnicos normativos en gestión de riesgo son de fácil acceso para el personal asistencial.	X		X		X		
<b>Dimensión: Seguridad del paciente</b>		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
51.	Mi preparación me está permitiendo comprender las causas del error la seguridad del paciente.	X		X		X		
52.	Como resultado de mi formación de pregrado, tengo una buena comprensión de las cuestiones de Seguridad del Paciente.	X		X		X		
53.	Mi práctica me está preparando para prevenir errores en la atención.	X		X		X		
54.	Te sientes satisfecho y/o cómodo reportando cualquier error que haya cometido, sin importar cuán serios hayan sido los resultados para el paciente.	X		X		X		
55.	Me sentiría cómodo informando cualquier error de otras personas sin importar los resultados para el paciente.	X		X		X		
56.	Te sientes en confianza de poder hablar abiertamente con tu jefe acerca de un error que hayas cometido	X		X		X		
57.	Consideras que los turnos de trabajo más cortos para los enfermeros reducirán los errores en la atención	X		X		X		
58.	Al no tomar descansos regulares durante los turnos, las enfermeras aumentan el riesgo de cometer errores.	X		X		X		
59.	El número de horas que trabajan las aumenta la probabilidad de cometer errores en la atención.	X		X		X		
60.	Incluso las enfermeras más experimentadas y competentes cometen errores.	X		X		X		

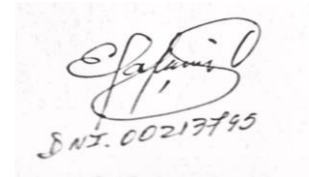
**OBSERVACIONES (PRECISAR SI HAY SUFICIENCIA):**
**INIÓN DE APLICABILIDAD: Aplicable (SI ) Aplicable después de corregir ( ) No aplicable ( )**

**APELLIDOS Y NOMBRES DEL JUEZ:** ROSA ELENA PLACIOS CASTILLO **DNI: 00213795**  
**ESPECIALIDAD DEL EVALUADOR:** MAESTRIA EN GESTION SERVICIOS DE SALUD

**30 de octubre del 2021.**

- (7) Pertinencia: el ítem, al concepto teórico formulado
- (8) Relevancia: el ítem es apropiado para presentar al componente o dimensión especificada del constructo.
- (9) Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Handwritten signature and DNI number: DNI. 00213795

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Solicitó: **AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTOS DE PROYECTO DE TESIS DE INVESTIGACIÓN.**



SEÑOR:  
DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES

YO, María Alejandra Suárez Ortiz, identificada con DNI N° 73122746; domiciliada en Filipinas 152- Tumbes; teléfono N° 943655179, correo [suarezale917@gmail.com](mailto:suarezale917@gmail.com) ante Usted con el debido respeto expongo:

Que, al encontrarme realizando mi trabajo de investigación de tesis denominado: "CULTURA DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS DEL PACIENTE EN ENFERMERAS DE UN HOSPITAL DE TUMBES, 2021" y siendo requisito indispensable para obtener el grado de Maestría en Gestión de Servicios de Salud la aplicación de los instrumentos de investigación

Motivo por el cual recorro a usted para solicitar la autorización correspondiente, a fin de poder aplicar dichos instrumentos al personal de enfermeros (as) del Servicio de Emergencia de dicho nosocomio.

POR LO EXPUESTO:

Le pido a usted acceder a mi petición e indicarme la persona responsable con quien hacer las coordinaciones a la brevedad posible para determinar la fecha hora y medio de su aplicación.

Atentamente:

Tumbes, 10 de noviembre del 2021

MARIA ALEJANDRA SUAREZ ORTIZ  
DNI N° 73122746

EXPED. #.

1095163

438046

96 99 41 258