



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

**Conocimientos y actitudes sobre el plan hospitalario frente a
desastres en Médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui,
Chiclayo**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Sanchez Esquerre, Danny Rafael (ORCID: 0000-0003-4812-120x)

ASESOR:

Mg. Ñique Carbajal, César Armando (ORCID: 0000-0002-9287-9387)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud.

CHICLAYO – PERÚ

2022

Dedicatoria

A Dios, por su eterno amor y por darme siempre la paciencia y fe para poder culminar con éxito este nuevo reto.

A mis padres Mercedes y Fortunato, quienes dieron lo mejor de sí en mi formación como persona y profesional. Gracias por sus consejos y paciencia conmigo, orgulloso siempre de ser su hijo.

A mi amada esposa Karina, compañera de mi vida, mis retos, logros y fracasos, gracias por tus constantes consejos y ánimos, en el desarrollo de esta tesis y en muchos aspectos de mi vida.

A mis bellas hijas Daniela y Alison, complemento del amor en mi hogar, quienes les he querido dar el ejemplo de superación y que todo se puede lograr con trabajo y constancia.

Danny Rafael

Agradecimientos

“Mi profundo agradecimiento a todos los docentes de la Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, por compartir sus enseñanzas y experiencias en el logro de esta meta y por ayudar a convertirme en un mejor profesional que soy ahora.

A todos mis amigos y colegas por su apoyo en la consecución de este logro.

A las autoridades y personal del Hospital Luis Heysen Incháustegui por permitirme desarrollar el trabajo de investigación.

Finalmente quiero expresar mi más sincero agradecimiento al Dr. César Armando Ñique Carbajal, principal colaborador durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.”

Autor

Índice de contenidos

Carátula.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN:.....	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	16
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	16
3.2 Variables y operacionalización.....	16
3.3 Población, muestra y muestreo.....	18
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	19
3.5 Procedimientos	22
3.6 Método de análisis de datos	23
3.7 Aspectos éticos.....	23
IV. RESULTADOS	24
V. DISCUSIÓN.....	32
VI. CONCLUSIONES	38
VII. RECOMENDACIONES.....	39
REFERENCIAS.....	40
ANEXOS	48

Índice de tablas

Tabla 1	Nivel de conocimientos y actitudes sobre el plan hospitalario frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui.....	24
Tabla 2	Nivel de conocimientos sobre el plan hospitalario frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui.....	25
Tabla 3	Porcentaje de respuestas correctas en la encuesta de conocimientos en los médicos	26
Tabla 4	Actitudes sobre el plan hospitalario frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui, según dimensiones.....	28
Tabla 5	Dimensión cognitiva de la actitud de los médicos frente a desastres.....	29
Tabla 6	Dimensión conductual de la actitud de los médicos frente a desastres.....	30
Tabla 7	Dimensión afectiva de la actitud de los médicos frente a desastres.....	31

Resumen

El presente estudio se realizó con el fin de determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre el plan hospitalario de desastres en médicos que laboran en el Hospital Luis Heysen Incháustegui de Chiclayo. Se trató de un estudio transversal y descriptivo. La población estuvo constituida por 96 médicos. Se aplicaron vía encuesta digital dos cuestionarios para medir en nivel de conocimientos y la actitud sobre el plan hospitalario frente a desastres. El análisis se realizó con el programa SPSS ver 25. Los resultados muestran que el 54% de los médicos tienen un nivel de conocimiento medio sobre el plan hospitalario de desastres y el 42 % tienen una actitud positiva frente a los desastres. según sus dimensiones la actitud fue positiva en la dimensión cognitiva (51%) y conductual (61%) y negativa en la dimensión afectiva (76%). En conclusión, se puede afirmar que la mayoría de médicos tienen un nivel de conocimiento medio y una actitud positiva sobre el plan hospitalario de desastres. Se recomienda mejorar el conocimiento del plan respuesta hospitalaria frente a desastres en los médicos a través de capacitaciones, simulacros y socialización del plan.

Palabras clave: Conocimientos; actitud; médicos; desastre; plan hospitalario.

Abstract

The present study was carried out in order to determine the level of knowledge and attitude about the hospital disaster plan in doctors who work at the Luis Heysen Incháustegui Hospital in Chiclayo. It was a cross-sectional and descriptive study. The population consisted of 96 doctors. Two questionnaires were applied via digital survey to measure the level of knowledge and attitude about the hospital plan against disasters. The analysis was carried out with the SPSS program ver 25. The results show that 54% of doctors have a medium level of knowledge about the hospital disaster plan and 42% have a positive attitude towards disasters. According to its dimensions, the attitude was positive in the cognitive dimension (51%) and behavioral (61%) and negative in the affective dimension (76%). In conclusion, it can be stated that most doctors have a medium level of knowledge and a positive attitude about the hospital disaster plan. It is recommended to improve doctors' knowledge of the hospital response plan against disasters through training, drills and socialization of the plan.

Keywords: Knowledge; attitude; doctors; disaster; hospital plan.

I. INTRODUCCIÓN:

Los países a nivel mundial, están expuesto frecuentemente a diversos tipos de desastres. Estos pueden ser antrópicos o naturales y pueden alterar o dañar el medio ambiente y afectar a la sociedad en su conjunto (European Environment Agency, 2021). Los desastres más frecuentes son los terremotos, inundaciones, sequías, huracanes, incendios forestales, erupciones volcánicas, entre otros; ocasionado consecuencias severas, directas en la vida y la salud de las personas, comunidades y sus sistemas productivos (Desastres Naturales, 2018) (Bello, 2021).

Según la base de datos internacional sobre desastres, EM-DAT, en el año 2019 se registraron 389 desastres naturales en todo el mundo, que ocasionó cerca de 24 mil muertes, 94 millones de personas afectadas y pérdidas de unos 122.000 millones de dólares (Bello O., 2021). La frecuencia y drasticidad de los desastres se ha visto incrementadas en el presente siglo y uno de los desastres naturales que más han afectado a la población mundial son los terremotos (Statista, 2020).

Los continentes más afectados fueron Asia y África (Desastres naturales, 2020). Asia es el continente que lidera los registros en cuanto a número de desastres, población afectada y daños económicos. África ha sufrido la mayor cantidad de pérdida de vidas humanas (53% del total). Por otro lado, América Latina y Caribe es el tercer continente más afectado por los desastres naturales sobre todo en población, pérdidas económicas y numero de desastres (Bello, 2021).

El Perú, dada su particular ubicación dentro del llamado “cinturón de fuego”, la presencia de la placa tectónica de Nazca y de la corriente del Niño, es uno de los países con mayor riesgo a exposición a desastres en América, sobre todo a terremotos, inundaciones, huaicos, deslizamientos, sequías, friaje e incendios, como históricamente está descrito. El Centro Nacional de Estimación, Prevención y Reducción del Riesgo de Desastres (2020), ha informado del

aumento, en las últimas décadas, de estos desastres naturales en nuestro país. (escenario de riesgo por sismo y tsunami, 2020) (Tavera, 2020).

Entre los departamentos que presentan mayor ocurrencia de desastres están Puno, Apurímac, Loreto, Huánuco, los mismos que presentan factores socioeconómicos como pobreza o extrema pobreza y necesidades básicas no satisfechas que los hacen más vulnerables. Sin embargo, otro grupo de departamentos como Piura, Lambayeque, Lima y Arequipa, que tienen mejores niveles socioeconómicos, son los que concentran la mayor cantidad de distritos y población con alto riesgo de exposición a desastres. Tal es el caso del departamento de Lambayeque, que tiene entre 2 a 3 millones de personas expuestas a desastres en diversos distritos vulnerables, como es el distrito de José Leonardo Ortiz (Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres al 2050, 2021).

Consciente de ello la Comunidad Internacional ha elaborado diversos lineamientos y políticas en materia de gestión de riesgos de desastres con el objetivo de servir de guía a los países para hacer frente a los desafíos generados por los desastres y con participación de los distintos actores del desarrollo, y liderada por los gobiernos. Entre estos lineamientos tenemos la Resolución del 50° Consejo Directivo de la OMS/OPS sobre plan de acción de hospitales seguros, el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015—2030 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y (Bello, CEPAL,2021) (ONU,2021).

En América Latina, los lineamientos dados por la Estrategia Andina de Gestión Del Riesgo De Desastres, dentro del marco de Sendai, pretende contribuir a la reducción del riesgo y del impacto de los desastres naturales o antrópicos que puedan producirse en el territorio de la subregión Andina.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que con el fin de disminuir el riesgo y asegurar una pronta y buena respuesta ante los daños ocasionados por los desastres, el sistema de salud debe contar con una adecuada política de gestión de riesgos, con procesos que involucren a todas

las instituciones públicas y privadas, en la organización y coordinación, para usar óptimamente los recursos disponibles (OPS, 2021) (2016).

Una vez ocurrido un desastre, los hospitales constituirán el primer lugar donde la población buscará asistencia médica. Estos pueden verse afectados en su capacidad estructural y funcional. Será de vital importancia que los Hospitales y sus servicios sigan funcionando y tengan una infraestructura resistente a toda clase de amenazas; y poder contar con áreas seguras donde prestar la asistencia médica, con el fin de disminuir enfermedades, discapacidad o muerte. Sin embargo, esta situación puede ser difícil debido a una deficiente capacidad de gestión de desastres (OPS & OMS, 2018).

Por ello es necesario que los hospitales tengan planes integrales que identifiquen, mitiguen los riesgos y hacer frente a las emergencias y desastres cuando se presentes. Esto involucra a todos las personas o trabajadores que pertenecen a un establecimiento de salud, los cuales deben estar preparados y capacitados con el fin de afrontar las consecuencias del desastre con éxito, y no se deje llevar por el miedo y la presión del momento. Diversos estudios resaltan la importancia de la preparación del profesional de la salud en gestión de riesgos ante desastres naturales, principalmente en planificación con enfoque preventivo y mejoramiento de la salud (Shapira,2019; Veenema, 2019; DIGERD, 2021; OPS, 2021).

Dentro del equipo de respuesta frente a desastres, el médico siempre tendrá una participación activa ante un desastre, por lo que su preparación y capacitación es parte de su competencia profesional. Sin embargo, diversos estudios encuentran que el personal de salud desconoce o conoce muy poco sobre el Plan Hospitalario ante desastres, y tiene una escasa preparación en desastres naturales con una deficiente capacidad de respuesta (Mobrad,2021) (Munasinghe y Matsui ,2019), (Mawhinney, 2018) (Abad, 2018) (Cernuda, 2018)

Por otro lado, el 90% de hospitales peruanos (MINSA y Essalud) serían vulnerables a los desastres viendo comprometido su capacidad estructural y funcional, con la interrupción de la funcionabilidad de los servicios de salud

básicos (DIGERD, 2018) (Política nacional de hospitales seguros frente a los desastres, 2018). Es importante entonces una adecuada política de seguridad hospitalaria ante desastres. Cada Hospital debe conformar su comité hospitalario para que sea el encargado de coordinar, dirigir, y evaluar las actividades de respuesta en todas las fases de un desastre. Será importante también la participación del personal asistencial y administrativo, el cual debe estar capacitado y educado para una adecuada respuesta. (Cucho S & Nuñez C, 2018) (Dávila M & Enriquez A, 2019)

Todas las normativas del marco legal peruano sobre gestión de riesgos de desastres, entre ellas principalmente la Ley del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (SINAGERD) en el 2011 y la Política Nacional de Gestión de Riesgos de Desastres y Política Nacional de Hospitales Seguros frente a desastres han permitido que los hospitales en el Perú vienen realicen y actualicen los diseños de sus planes de gestión frente a desastres, sobre todo en el enfoque preventivo (Política Nacional GRD al 2050) (Ley Sinagerd y el Planagerd)

El Hospital Luis Heysen Incháustegui de la ciudad de Pimentel, tiene una ubicación geográfica estratégica y además tiene conexión directa con las vías de evitamiento al Norte hacia Piura y al sur hacia Trujillo, lo que facilita el acceso de los pacientes de toda la macro región norte que comprende desde Ancash a Tumbes. Cuenta con un plan de respuesta hospitalario frente a desastres, del año 2016, el cual no ha sido socializado entre los trabajadores del hospital. Sin embargo, siendo el autor del presente trabajo de investigación, parte del equipo de gestión hospitalaria del Hospital Luis Heysen, he podido verificar la poca socialización del Plan de respuesta hospitalario frente a desastres entre los trabajadores del Hospital, así como la falta de capacitación y simulacros que mejoren los conocimientos del personal, la actitud y respuesta frente a los desastres.

Ante lo expuesto anteriormente, el autor planteó la pregunta de investigación ¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes sobre plan hospitalario de desastres en médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui –

Chiclayo 2021? El objetivo principal fue determinar el nivel de conocimiento sobre del plan hospitalario y actitudes frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui, y los objetivos específicos fueron primero determinar el nivel de conocimientos del plan hospitalario frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui y segundo determinar la actitud sobre el plan hospitalario frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui.

El presente trabajo tiene una justificación teórica porque permitirá determinar el conocimiento actual y actitudes de los médicos sobre el Plan de respuesta hospitalaria frente a desastres. El trabajo se justifica metodológicamente ya que se utilizará cuestionarios ya validados y que permitirán medir las variables conocimiento y actitud. Y se justifica de manera práctica porque los conocimientos obtenidos serán aplicados por el equipo de gestión hospitalaria para mejorar la respuesta del personal ante desastres.

II. MARCO TEÓRICO

Mobrad (2021) en Arabia Saudita, realizó un estudio, descriptivo, transversal, cuyo objetivo fue conocer la actitud y las percepciones del personal médico sobre conocimiento de gestión y respuesta a desastres. Usó una encuesta de tipo Likert en 302 médicos. Los resultados mostraron que solo el 21% de los médicos tenían conocimientos de cómo actuar en un desastre, sobre todo porque había participado en simulacro del plan de emergencia para desastres. Así mismo el 85% de los médicos quería mejorar sus conocimientos y prácticas en situaciones de desastre. Se concluye que hay una falta de conocimientos importante en los médicos y que la mayoría están dispuestos a participar en más programas de capacitación y educación sobre gestión en situación de desastres.

Yilmaz (2020) en Turquía; realizó una investigación en 233 médicos con el objetivo de evaluar sus conocimientos, actitudes, disposición y niveles de conciencia sobre sus roles y deberes frente a un desastre. Los resultados mostraron que solo el 9.2% de los médicos declararon haber recibido algún tipo de capacitación en medicina de desastres, por lo que el nivel de conocimiento fue considerado inseguro. Se concluye que los participantes no tenían información sobre la gestión de desastres, pero si la disposición para trabajar voluntariamente.

Mawhinney (2021) en el Reino Unido, realizó un estudio multicéntrico en 76 hospitales, para evaluar los conocimientos de los médicos sobre el plan hospitalario ante desastres graves. Uso como instrumento una encuesta. Los resultados mostraron que, si bien el 50% de los médicos encuestados había leído todo o parte de su plan hospitalario, solo el 36% de los médicos sabían el papel que desempeñarían si el plan entraba en vigencia en caso de un desastre. Estos resultados mostraban una desconfianza menor en los médicos comparada con la encuesta del 2006. Se concluye en recomendaciones diseñadas para mejorar la educación y reacción de los médicos ante desastres o incidentes graves.

Shapira (2019) en Israel; realizó un estudio, descriptivo, con el fin de medir el nivel de conocimientos, percepciones y actitudes de 220 médicos sobre escenarios de desastres, Usó una encuesta estructurada tipo Likert. Los resultados mostraron que el nivel de conocimientos fue moderado en el 50% de los médicos tuvieron en el 33% fue alto. En relación a la variable actitud, se obtuvieron los resultados siguientes: en la dimensión conductual hay una alta disposición de volver al escenario de desastre, y en la dimensiones cognitiva y afectiva la actitud en ambas fue baja. Concluye que el estudio, en el contexto de un escenario de desastre, puede ayudar a las instituciones de salud a mejorar sus esfuerzos de preparación, mejorando en última instancia las capacidades de respuesta.

Munasinghe y Matsui (2019) realizó un estudio en Sri Lanka, un país sometido a constantes desastres naturales como tsunamis, inundaciones y deslizamientos. Evaluó la preparación del personal médico del Hospital General frente a los desastres. Se emplearon visitas de campo, entrevistas telefónicas y una encuesta tipo cuestionario para entender mejor cómo los médicos percibían la preparación del hospital ante un desastre. Los resultados mostraron un desconocimiento del plan de respuesta ante un desastre y una inadecuada preparación del personal médico. Sin embargo, la mayoría de médicos tenían la voluntad de mejorar sus conocimientos sobre gestión de desastres.

Veenema (2019) en Irlanda; realizó un estudio descriptivo, transversal, en 35 médicos, a través de una encuesta, con el objetivo de fue evaluar su preparación y conocimiento de respuesta a emergencias o desastres. así como serio déficit de habilidades para participar en un desastre a gran escala. Los resultados demuestran que existen graves deficiencias en el conocimiento, las habilidades y la autopercepción en el 76% de los médicos para actuar en eventos masivos adversos como los desastres. Se concluye que los médicos en su mayoría mostraron un conocimiento deficiente de una respuesta frente a una emergencia, así como un deficiente conocimiento del plan hospitalario.

Nofal (2018) en Arabia Saudita, realizó un estudio descriptivo y transversal, en 189 trabajadores del departamento de emergencias, con el

objetivo de evaluar los conocimientos, prácticas y actitudes con respecto a la preparación para desastres y emergencias. Se empleó una encuesta la misma que fue respondida por 36 médicos. Los resultados mostraron que los médicos encuestados tenían un conocimiento satisfactorio y una actitud neutral sobre la preparación para desastres. Recomienda realizar una investigación de seguimiento para optimizar la preparación del personal del departamento de emergencias.

Pekez — Pavlisko (2018) en Croacia; realizó un estudio con el objetivo de evaluar las actitudes de los médicos de familia, la experiencia previa y la preparación autoevaluada para responder o ayudar en incidentes con víctimas masivas en Croacia. El estudio fue realizado a través de una encuesta que contaba de 18 preguntas y repartidas a través de una cuenta de Facebook de médicos perteneciente a médicos de familia de Croacia. Hubo participación de 80 médicos. Los resultados mostraron que más del 70% de médicos tenían un bajo nivel de conocimiento, pues no habían participado en alguna actividad educativa de cómo enfrentar un desastre. Concluye que es necesario actividades educativas anuales a los médicos, así como incluir capacitación en medicina de desastre durante los últimos años del pregrado.

Paganini (2016) en Italia; realizó un estudio observacional, prospectivo, en médicos de 85 servicios de urgencias, con el objetivo de determinar el nivel de preparación en planificación y procedimientos ante desastres. Se usó la entrevista estructurada, a través de la llamada telefónica anónima. Sólo el 45% de los participantes tenía conocimiento de lo que era su plan de emergencia para atender víctimas de un desastre. Concluye que los resultados demuestran que los médicos de urgencias tienen un escaso conocimiento sobre aspectos básicos del plan hospitalario frente a desastres. Recomienda a las autoridades de salud mejorar la educación del personal sobre preparación, capacitación y seguimiento en desastres.

Al –Ali & Abu Ibaid (2015) en Jordania; realizaron un estudio en centros de atención primaria de salud en el norte de Jordania, con el objetivo de evaluar las percepciones de los médicos sobre sus conocimientos, habilidades y

preparación en la administración de desastres. Se aplicó una encuesta a 56 médicos. Los resultados mostraron que los participantes tenían una preparación, conocimiento y habilidades moderadas en manejo de desastre. Se concluye que se necesitan más cursos de educación y capacitación para mejorar la preparación de médicos en gestión de desastres en Jordania.

En el medio peruano y local son escasas las investigaciones sobre conocimientos y actitudes frente a desastres en personal médico, a diferencia del personal de enfermería en las que se ha realizado innumerables trabajos.

Ayunta (Ayunta Mamani, 2018); Tacna, realizó un estudio para determinar la relación entre conocimiento y la actitud de respuesta ante un desastre de origen sísmico. El estudio fue descriptivo y correlacional en 95 trabajadores de un Centro de Salud. Los resultados mostraron que el 10 % de los trabajadores de salud encuestados eran médicos y que el nivel de conocimiento era alto en el 63% del total de trabajadores, y 35% tenían un nivel moderado. Así mismo la actitud en el 60% de trabajadores era favorable.

Bases teóricas:

Desastre: Cambios o graves perturbaciones violentas, repentinas, naturales o antrópicas, o provocadas por el hombre que alteran o dañan el medio ambiente y afectan a la sociedad en su conjunto, provocando pérdidas humanas, materiales o ambientales generalizadas, que superan la capacidad de la sociedad afectada para hacer frente utilizando únicamente sus propios recursos (European Environment Agency, 2021) (UNISDR,2009).

Etapas del desastre

Es importante conocer las tres etapas de un desastre, para una adecuada respuesta. La primera etapa, antes del desastre, incluye las actividades de prevención, mitigación, preparación y alerta. En la segunda, durante el desastre, se ejecutan las actividades de respuesta durante o inmediatamente después de ocurrido el evento, las cuales son la evacuación, asistencia, búsqueda, rescate de víctimas y la restauración de los servicios básicos afectados. La tercera, después del desastre, abarca los procesos de

recuperación, rehabilitación y reconstrucción a mediano y largo plazo (Pocket de gestión de riesgos,2019).

Vulnerabilidad de hospitales ante desastres naturales: los Hospitales son el complemento esencial para la recuperación de la población afectada por un desastre por lo que será necesario un adecuado plan de respuesta hospitalaria por parte del personal de salud, así como de una infraestructura segura que ofrezca cumplir con la funcionabilidad y accesibilidad máxima de sus servicios. Son tres las funciones más importantes de un hospital en casos de desastre, a saber: la principal, es la asistencia a las víctimas, la segunda es la de mantener asegurada la capacidad de atención hospitalaria y la tercera función es la de conservar la línea de autoridad (Política nacional de hospitales seguros frente a los desastres, 2018).

El hospital Luis Heysen, el lugar donde se realizó la presente investigación, fue evaluado el 2016 y presentó un Índice de Seguridad Hospitalaria que lo categoriza como Hospital en nivel A, es decir que requiere medidas preventivas y de mejoramiento continuo de la seguridad. (Hospital Luis II-1 Heysen Incháustegui, 2016)

Vulnerabilidad geográfica ante desastres naturales: El Perú está expuesto a diferentes tipos de fenómenos naturales y son los movimientos sísmicos el peligro latente más frecuente, como así lo demuestran el historial peruano. Lambayeque, se encuentra entre las regiones costeras de gran riesgo ante un sismo u otro desastre natural, debido a sus características geológicas, topográficas, hidrometeorológicas, de desarrollo industrial y social (Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres al 2050).

Gestión de riesgo de desastres: Es el proceso cuya finalidad es la prevención, reducción y control permanente de los factores de riesgo de desastre, así como una adecuada preparación y respuesta (Ley Sinagerd y el Planagerd, 2014).

Prevención de desastres: El conjunto de enfoques y medidas para asegurar que la acción humana o los fenómenos naturales no causen o resulten en desastres o emergencias similares. Implica la formulación e implementación de políticas y programas de largo alcance para eliminar o prevenir la ocurrencia de desastres. (Agencia Europea de Medio Ambiente, 2021)

Hospitales seguros: Según la OMS es una instalación cuyos servicios permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad y dentro de la misma infraestructura inmediatamente después de un desastre natural. Incluye a todos los establecimientos de salud, sea cual fuere su nivel de complejidad. Entre sus características se mencionan: tener el mayor nivel de protección posible, con rutas de acceso abiertas y con abastecimiento de agua, energía eléctrica y telecomunicaciones, garantizando la continuidad de las operaciones y la capacidad. para absorber la demanda adicional de atención médica. (OMS OPS, 2021)

Plan de respuesta hospitalaria para emergencias y desastres: Documento en el que se plasman los objetivos, acciones y la organización del hospital y que debe cumplir el personal frente a situaciones de emergencias o desastre, a fin de controlar y atender los daños que se puedan presentar (Generalidades del Plan Hospitalario, 2010).

Cuando ocurre un desastre, los hospitales tendrán que cubrir las demandas de atención de las víctimas. Para ello se requiere de un proceso de planeamiento que tenga la capacidad de responder al incremento de la demanda, pero también documentos e instrumentos operativos como el Plan Hospitalario de Respuesta a Desastres (PHRD) que facilitarán el manejo de este tipo de eventos adversos.

El PHRD nos permitirá la toma adecuada de decisiones durante situaciones de desastres para una respuesta rápida y oportuna. Su finalidad es organizar la respuesta del Hospital ante la presencia de fenómenos naturales, estableciendo las tareas y funciones a los Directivos y Personal.

Consta de 10 componentes básicos, a saber: información general, situación, hipótesis, misión, organización de la respuesta, coordinaciones interinstitucionales, red de referencias y contrarreferencias, procedimientos operativos, fin de la emergencia y anexos. Para que pueda cumplir con su objetivo debe cumplir con ciertos requisitos como ser participativo, integral y socializado para su conocimiento, divulgación, validación del plan y la puesta en práctica del plan. La socialización implica que el plan sea conocido por todos los trabajadores de salud, asistenciales y administrativos, incluyendo la comunidad en general (OPS, 2010b)

Plan de respuesta hospitalaria para emergencias y desastres del hospital: el Hospital II -1 Luis Heysen Incháustegui de Lambayeque no está exento de los riesgos de desastres naturales, en especial el fenómeno del niño (Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres al 2050). Debido a ello el año 2016 el Comité Operativo de Emergencia del Hospital, elaboraron el Plan de Respuesta frente a desastres (PRHD), estableciendo la tarea que le corresponde a los directivos y personal del hospital, en concordancia con el Plan de Operaciones de Emergencia de la Red Prestacional Lambayeque. Tiene como finalidad organizar y asegurar la respuesta del Hospital ante los eventos adversos que generen situaciones de desastres. Involucra a autoridades y personal del Hospital.

Fue elaborado a partir de un proceso participativo de capacidades, experiencias previas y consenso con los recursos disponible. Tomo en cuenta el índice de seguridad hospitalaria del 2014 y los documentos de gestión vigentes en Essalud a la fecha de su elaboración. El plan busca ser instrumento de gestión hospitalaria para afrontar desastres a fin de garantizar las atenciones de atención a las víctimas y la protección personal. Está formado por diez componentes, de las cuales cuatro son los más relevantes: la organización de la respuesta, funciones críticas y actividades, activación del plan y procedimientos operativos.

El primer componente se refiere a la organización de la respuesta de la que el grupo de trabajo de la gestión del riesgo de desastres (GTGRD) del

Hospital II -1 Luis Heysen Incháustegui será el responsable de implementar el Plan de respuesta en coordinación con la Red Prestacional Lambayeque. Estará integrado por el director del hospital, secretario técnico de gestión del riesgo, coordinador del servicio de emergencia, coordinador de brigadas y responsables de epidemiología, del área administrativa y de imagen y prensa.

El segundo componente, se refiere a las funciones críticas y actividades durante la respuesta son conducción, gestión de información, prestaciones asistenciales, control de siniestros y soporte administrativo y logístico.

El tercer componente, es la activación del plan, lo cual ocurre ante cualquier situación que exceda la capacidad de respuesta del hospital, como sismo de gran magnitud, fenómeno del niño, brotes epidémicos, conflicto social con gran impacto en salud, incendios al interior del hospital o urbano de gran magnitud, entre otros. El responsable de activar el plan es el director.

El cuarto componente son los procedimientos operativos, es decir las actividades que se tiene que ejecutar para responder a los desastres especialmente aquellos de gran magnitud. Para ello se cuenta con diferentes protocolos de actuación que permita la continuidad de los servicios, como son las actividades y roles al Grupo de Trabajo y Brigadas Hospitalarias, el monitoreo de la alerta, revisar el plan de respuesta hospitalaria, revisar los recursos necesarios y evaluar la operatividad del sistema.

Entre las actividades a realizar están las de preparación antes del desastre y aquellas una vez ocurrido el desastre como la protección interna, evacuación, control del siniestro, búsqueda y rescate de víctimas, atención médica y emergencia, referencia y contrarreferencia, conformación de los equipos de atención hospitalaria y brigadas.

Fundamentación de la Variable 1: conocimientos de los médicos sobre el plan hospitalario frente a desastres.

Conocimientos teóricos y habilidades prácticas en médicos de urgencia y emergencia sobre gestión de desastres. Incluye la capacitación adecuada y continua de preparación para desastres, incluidos simulacros regulares dentro de las instituciones donde laboran (Pekez-Pavliško, 2018).

Cernuda Martínez et al. (2018), refiere en su estudio sobre conocimientos teóricos y habilidades prácticas en médicos de urgencia y emergencia, que una de las funciones principales es asistir a enfermos críticos, in situ y con los medios materiales adecuados.

Ello implica que los médicos deben tener un conjunto mínimo y coherente de conocimientos teóricos y habilidades en medicina, los mismos que deben ser actualizados y practicados con relativa frecuencia. Para ello es fundamental también disponer de unidades de respuesta rápida atendidas por médicos entrenados y capacitados a este ámbito de la medicina.

Villasana et al (2016); en su estudio sobre incorporación de la Gestión del Riesgo de desastres a la educación superior, refiere que debido a la elevada susceptibilidad de los países de América Latina a los peligros naturales, sobre todo, a los hidrometeorológicos y geológicos, se debería generar en las universidades una cultura para la prevención y gestión del riesgo de desastres, de tal forma que se cree conciencia en los futuros profesionales y puedan tomar una participación más preactiva y proactiva en la gestión de desastres.

Fundamentación de la Variable 2: actitudes de los médicos sobre el plan hospitalario frente a desastres.

Actitud: según Allport, la actitud es definida por Allport como “un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones” (tomado de Páez, capítulo 10, pág. 1, 2014). Así mismo Vallerand, plantea varias características de esta definición, pero hay que resaltar aquella que menciona que la actitud es una organización que relaciona

sus componentes cognitivos, afectivos y conductual (tomado de Páez, capítulo 10, pág. 1, 2014).

Por otro lado, Abad define a la actitud de los médicos ante los desastres, como el posible accionar de los médicos durante una catástrofe y su predisposición a prepararse, a brindar ayuda a heridos, etc. (Abad, 2018)

La Medición de las Actitudes: existen variados procedimientos para medir las actitudes, pero destacan los autoinformes, y dentro de éstos se encuentra:

La escala de Likert: esta escala pide a los sujetos que señalen su grado de acuerdo o desacuerdo ante una serie de afirmaciones que abarcan todo el espectro de la actitud. Ejemplo: en una escala de 7 puntos, donde 1 es total desacuerdo y 7 total acuerdo (Páez, capítulo 10, pág. 3, 2014)

Dimensiones de la variable actitudes de los médicos sobre el plan hospitalario frente a desastres.

Según refiere Páez, el modelo tridimensional de la actitud incluye tres componentes o dimensiones:

Dimensión cognitiva: el componente cognitivo se refiere a la forma como es percibido el objeto actitudinal, es decir, al conjunto de creencias y opiniones que el sujeto posee sobre el objeto de actitud y a la información que se tiene sobre el mismo (Páez, capítulo 10, pág. 6, 2014)

Dimensión afectiva: podría definirse como los sentimientos de valoración positiva o negativa, agrado o desagrado hacia el objeto de actitud.

Dimensión afectiva: hace referencia a las tendencias, disposiciones o intenciones conductuales ante el objeto de actitud (Páez, capítulo 10, pág. 6, 2014)

III. METODOLOGÍA:

3.1 Tipo y diseño de investigación:

Tipo de investigación: La investigación fue de tipo Básica. Según Concytec (2018): “una investigación básica está dirigida a un conocimiento más completo a través de la comprensión de los aspectos fundamentales de los fenómenos, de los hechos observables o de las relaciones que establecen los entes” (p.1)

Diseño de investigación: Diseño no experimental, transversal, descriptivo. Según Hernández (2014), en un diseño de investigación no experimental no se manipulan deliberadamente las variables, observando los fenómenos tal como se dan en su contexto natural para analizarlos (p.152). Según Hernández (2014) una investigación descriptiva tiene como finalidad especificar propiedades y características de conceptos, fenómenos, variables o hechos en un contexto determinado. Definen y miden variables y las caracterizan, así como al fenómeno o planteamiento referido (p.92)

3.2 Variables y operacionalización:

Variable 01: Nivel de conocimiento del plan hospitalario (independiente)

Definición conceptual:

Es la información o conocimientos que tuvieron los Médicos que laboran en el Hospital Luis Heysen Incháustegui sobre el Plan de Respuesta Hospitalaria ante desastres (Cernuda, 2018)

Definición Operacional:

El nivel de conocimiento se midió a través de un cuestionario de conocimientos del Médico a cerca del Plan Hospitalario del para desastres (Shapira, 2019).

Dimensión:

- Unidimensional

Indicadores:

- Información general: ítems 1 y 2
- Situación: ítem 4
- Organización de la respuesta: ítems 5,6 y 11
- Coordinación interinstitucional: ítem 12
- Procedimientos operativos: Ítems 3,7,8,9 y 10

Escala de medición:

- Nominal.

Variable 02: Actitud frente a desastres (independiente)

Definición conceptual:

Respuesta de una persona hacia una situación o estímulo producto de una experiencia de aprendizaje sustentada en su estructura conductual, cognoscitiva y afectiva que ocurren en el comportamiento humano frente a un sismo (Sairitupa Ríos, 2017)

Fue la predisposición que tuvieron los Médicos del HLHI ante un desastre natural o provocado, y que implicó un componente conductual, cognitivo y afectivo. (Fernández Ruiz, 2018)

Definición operacional:

La Actitud frente a desastres se midió a través de un Cuestionario, construido y validado por Shapira et al., que constó de 13 preguntas de opción única y que midieron las 3 dimensiones: cognitivo, afectivo y conductual (2019).

Dimensiones

- Componente cognitivo:
 - Conoce el Plan Hospitalario de Respuesta frente a desastres
 - Identifica las zonas de seguridad

- Componente afectivo:
 - Experiencias previas de crisis ante desastres
 - Expresa emoción de miedo, tristeza
 - Respuesta al pánico: normal (ansiedad) o apatía.

- Componente conductual:
 - Toma de decisiones durante un desastre
 - Participación en capacitaciones de desastres
 - Participación en simulacros

- Escala de medición: Nominal
 - Positiva
 - Indiferente
 - Negativa

3.3 Población, muestra y muestreo

Población:

Estuvo conformada por 120 médicos que laboran en el Hospital Luis Heysen Incháustegui de Lambayeque.

Criterio de inclusión:

- Personal médico que estuvieron laborando en el Hospital Luis Heysen Incháustegui al momento del estudio en el presente año 2021.
- Personal médico que aceptó participar en el estudio y firmar el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Personal médico que dejó de laborar en el Hospital Luis Heysen Incháustegui al momento del estudio.
- Aquellos que no aceptaron participar en el estudio
- Aquellos que no completaron la encuesta del estudio.

Muestra:

La muestra estuvo conformada por la población total, debido a que se trató de un estudio descriptivo simple, donde no se relacionó las variables ni hubo hipótesis, por lo que no se justifica sacar una muestra, es por ello que fue censal, y estuvo representada por 96 médicos.

Unidad de análisis:

Estuvo conformada por cada médico que labora en el Hospital Luis Heysen Incháustegui.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la encuesta digital. Como Instrumentos se aplicaron dos cuestionarios que midieron los conocimientos sobre el plan hospitalario y las actitudes de los médicos del Hospital Luis Heysen

El link de la encuesta fue: <https://forms.gle/ma9MkG2yGitnfMVv6>

Cuestionario 01 (ver anexo)

Midió los conocimientos de los médicos sobre el plan de respuesta hospitalario frente a desastres. Constó de 12 preguntas de respuesta única. El cuestionario evaluó componentes básicos del plan hospitalario de respuesta a emergencias y desastres y siguiendo los lineamientos del plan nacional e institucional de desastres.

Para determinar el conocimiento de los médicos, sus niveles y sus intervalos se empleó un cuestionario probado y validado previamente por Shapira en una muestra de 27 profesionales de la salud cuyas características eran similares a la población en estudio. Sobre la base de las recomendaciones de los participantes, se realizaron modificaciones

menores en la versión final del cuestionario para finalmente validarlo y aplicarlo. (Shapira,2019)

Las preguntas fueron las siguientes:

- Ítem 1: Medidas de seguridad para proteger a los pacientes inmóviles
- Ítem 2: Acciones para protegerse a sí mismo
- Ítem 3: Acciones a tomar inmediatamente después de un desastre
- Ítem 4: Medidas de seguridad con infraestructuras dañadas
- Ítem 5: ¿Quién está autorizado a evacuar un departamento?
- Ítem 6: Procedimiento de registro de pacientes
- Ítem 7: Protocolo de tratamiento recomendado para el síndrome de aplastamiento
- Ítem 8: Acción apropiada cuando un herido con heridas leves se presenta al hospital
- Ítem 9: Acción apropiada cuando un herido con lesiones graves se presenta al hospital
- Ítem 10: Acción apropiada cuando un paciente angustiado se presenta al hospital
- Ítem 11: Mando, control y comunicación en el hospital tras un desastre
- Ítem 12: Comunicación con instituciones externas luego de un desastre

La calificación fue de la siguiente manera:

- Respuesta correcta = 1 punto
- Respuesta incorrecta = 0 punto

La variable conocimiento se analizó como: nivel bueno, nivel medio y nivel bajo. Se tomaron los valores del percentil 75 de la nota máxima 12 para la escala de nivel de conocimiento bueno: de 9 a 12 puntos, se tomaron los valores menores al percentil 50 de la puntuación máxima 12 para el nivel de conocimiento medio: de 5 a 8 puntos y se tomarán valores

menores al percentil 25 de la puntuación máxima 12 para el nivel de conocimiento bajo: de 0 a 4 puntos.

Los niveles de conocimiento serán 3, según la calificación siguiente:

- Nivel Bajo: de 0 a 4 puntos
- Nivel Medio: de 5 a 8 puntos
- Nivel alto: de 9 a 12 puntos

Cuestionario 02 (ver anexo)

Midió la actitud de los médicos sobre el plan de respuesta hospitalaria ante desastres. Constó de 13 preguntas, 7 preguntas referidas a la dimensión cognitiva, 2 preguntas referidas a la dimensión afectiva y 4 preguntas referida a la dimensión conductual. Las respuestas del instrumento estuvieron organizadas en una escala tipo Likert de 5 puntos que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). El instrumento fue tomado del mismo trabajo de investigación para medir los conocimientos y actitudes de Shapira (2019).

Las respuestas fueron medidas usando la escala ordinal quedando la puntuación así: actitud negativa para valores entre 13 y 30 puntos que equivale a valores menores al percentil 50 de la puntuación máxima de 65, actitud indiferente para valores entre 31 a 48 puntos que equivale a los percentiles 50 y 75 de la puntuación máxima y actitud positiva para los valores de 49 a 65 puntos que equivale a valores mayores al percentil 75 de la nota máxima.

La actitud global se midió en 3 categorías:

- Actitud negativa: 13 a 30 puntos
- Actitud indiferente: 31 a 48 puntos
- Actitud positiva: 49 a 65 puntos

El cuestionario evaluó también las actitudes en sus tres dimensiones:

Dimensión cognitiva:

Evaluó la percepción o creencia que tienen los médicos sobre sus conocimientos, competencias, eficacia personal y organizativa en un escenario de desastre. Constó de 7 preguntas

- Actitud negativa: 7 a 16 puntos
- Actitud indiferente: 17 a 26 puntos
- Actitud positiva: 27 a 35 puntos

Dimensión conductual:

Evaluó la disposición y voluntad de los médicos a regresar a laborar al Hospital una vez ocurrido un desastre. Constó de 2 preguntas

- Actitud negativa: 2 a 5 puntos
- Actitud indiferente: 6 a 7 puntos
- Actitud positiva: 8 a 10 puntos

Dimensión afectiva:

Evaluó los sentimientos positivos o negativos de los médicos relacionados con la preocupación por el bienestar familiar y daños a su vivienda originados por un desastre, así como su compromiso profesional con la atención a los heridos o enfermos, y el miedo a perder el lugar de trabajo. Constó de 4 preguntas

- Actitud negativa: 4 a 9 puntos
- Actitud indiferente: 10 a 15 puntos
- Actitud positiva: 16 a 20 puntos

3.5 Procedimientos

Para realizar el presente trabajo se solicitó la autorización del Comité de Investigación y Ética del Hospital Luis Heysen Incháustegui. Luego se procedió a coordinar con las Jefatura de los Departamento de Medicina, Cirugía y Ayuda al diagnóstico el acceso a los correos electrónicos y números de celulares de los médicos, distribuyendo luego los cuestionarios a través de la plataforma Google form. El enlace de la encuesta fue: <https://forms.gle/ma9MkG2yGitnfMVv6>.

3.6 Método de análisis de datos

Luego de recolectar los datos del cuestionario conocimientos y actitudes del plan hospitalario frente a desastres, estos fueron ingresados a una matriz de datos en el programa Microsoft Excel 2018. Después se exportaron al programa Statistical Package for the Social Sciences SPSS ver 25. Para el análisis estadístico, se usaron tablas y gráficas de las frecuencias absolutas simples y porcentuales; además medidas de resumen para datos cuantitativos como las medidas de tendencia como la media, y medidas de dispersión como mínimo, máximo y desviación estándar.

3.7 Aspectos éticos

En la presente investigación se cumplieron los 4 principios éticos de Belmont. Se cumplió con el principio de beneficencia pues los médicos fueron informados de los beneficios y riesgo que significó participar del presente estudio. Se cumplió con el principio de no maleficencia pues el estudio no representó ningún riesgo físico o psicológico para los participantes. Se cumplió con el principio de autonomía pues todos los médicos fueron informados del estudio y pudieron tomar su libre elección de participar o no. Finalmente, el principio de justicia beneficiará a todos los médicos por las decisiones que se tomarán con los resultados del estudio.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultado del objetivo general:

Identificar el nivel de conocimientos y actitudes sobre del plan hospitalario frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui

Tabla 1

Nivel de conocimientos y actitudes sobre el plan hospitalario frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui

Variables		N	%
	Niveles		
Nivel de conocimiento	Bajo	4	4,0
	Medio	52	54,0
	Alto	40	42,0
		96	100,0
	Categorías		
Actitud	Negativa	38	40,0
	Indiferente	18	18,0
	Positiva	40	42,0
		96	100,0

Nota. En la tabla 1 se observa que el 54% de los médicos presentaron un nivel de conocimiento medio, seguido del 42% que tuvieron un nivel alto y del 4 % que tuvieron un nivel bajo. Así mismo se observa en la tabla 1 la actitud global de los médicos sobre el plan hospitalario frente a desastres. El 42% de los médicos tuvieron una actitud global positiva, seguido del 40% de médicos que tuvieron una actitud global negativa y del 18% de médicos que tuvieron una actitud global indiferente. Esto indica que la actitud global de mayoría de médicos sobre plan hospitalario frente a desastres es positiva.

4.2 Resultado del objetivo específico 1:

Identificar el nivel de conocimiento del plan hospitalario frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui.

Tabla 2

Nivel de conocimientos sobre el plan hospitalario frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui

Nivel	$x \pm DE$	N	%
Bajo (0 – 4 puntos)	2,25 ± 1.708	4	4,0
Medio (5 – 8 puntos)	6,94 ± 1.01	52	54,0
Alto (9 – 12 puntos)	9,7 ± 0,85	40	42,0
Total (0 – 12 puntos)	7,90 ± 2,039	96	100.0

Nota. En la tabla 2 se observa que el 54,0% de los médicos tuvieron un puntaje promedio de $6,94 \pm 1.01$ puntos, correspondiente al nivel medio; el 42,0% tuvieron un puntaje promedio de $9,7 \pm 0,85$ puntos, correspondiente al nivel alto y el 4,0 % tuvieron un puntaje promedio de $2,25 \pm 1,708$, correspondiente al nivel bajo. El puntaje promedio global fue $7,90 \pm 2,039$, correspondiente al nivel medio. $x \pm DE$: puntuación promedio \pm desviación estándar

Tabla 3

Porcentaje de respuestas correctas en la encuesta de conocimientos en los médicos

	Correcto N (%)
1. Medidas de seguridad para proteger a los pacientes inmóviles	79 (82,3)
2. Acciones para protegerse a sí mismo	46 (47,9)
3. Acciones a tomar inmediatamente después de un desastre	58 (60,4)
4. Medidas de seguridad con infraestructuras dañadas	58 (60,4)
5. ¿Quién está autorizado a evacuar un departamento?	32 (33,3)
6. Procedimiento de registro de pacientes	59 (61,5)
7. Protocolo de tratamiento recomendado para el síndrome de aplastamiento	37 (45,8)
8. Acción apropiada cuando un herido con heridas leves se presenta al hospital	63 (65,6)
9. Acción apropiada cuando un herido con lesiones graves se presenta al hospital	68 (70,8)
10. Acción apropiada cuando un paciente angustiado se presenta al hospital	82 (85,4)
11. Mando, control y comunicación en el hospital tras un desastre	78 (81,3)
12. Comunicación con instituciones externas luego de un desastre	81 (84,4)

Nota. La Tabla 3 muestra el porcentaje de respuestas correctas o aciertos en la encuesta de conocimientos sobre el plan hospitalario en médicos. Las preguntas 10, 12, 1 y 11 tuvieron el mayor porcentaje de acierto. Eso quiere decir que los médicos conocían sobre la acción apropiada cuando un paciente angustiado se presenta al hospital en el 85% de los encuestados, sobre la comunicación con instituciones externas luego de un desastre en el 84%, sobre medidas de seguridad para proteger a los pacientes inmóviles en el 82% y sobre mando,

control y comunicación en el hospital tras un desastre en el 81%. Así mismo las preguntas 5, 7 y 2 tuvieron el menor porcentaje de aciertos. Eso quiere decir que los médicos encuestados conocen poco sobre ¿Quién está autorizado a evacuar un departamento?, en el 32%; sobre el protocolo de tratamiento recomendado para el síndrome de aplastamiento en el 37% y sobre las acciones para protegerse a sí mismo en el 46%.

4.3 Resultado del objetivo específico 2:

Identificar la actitud sobre el plan hospitalario frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui.

Tabla 4

Actitudes sobre el plan hospitalario frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui, según dimensiones

Nivel de actitud	Dimensión cognitiva		Dimensión conductual		Dimensión afectiva	
	N	%	N	%	N	%
Negativa (13 – 30 puntos)	24	25%	16	17%	73	76%
Indiferente (31 – 48 puntos)	23	24%	21	22%	11	11%
Positiva (49 -65 puntos)	49	51%	59	61%	12	13%
Total	96	100%	96	100%	96	100%

Nota. En la tabla 4 se observa las actitudes sobre el plan hospitalario frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui, según sus tres dimensiones. Se observa que en la dimensión cognitiva el 51% de los médicos tuvieron una actitud positiva. En la dimensión conductual, el 61% de los médicos tuvieron una actitud positiva. Y en la dimensión afectiva el 76% de los médicos tuvieron una actitud negativa.

Tabla 5*Dimensión cognitiva de la actitud de los médicos frente a desastres*

	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo
Soy competente como proveedor de cuidados para manejar un desastre	69%	21%	10%
Estoy seguro(a) de permanecer en el hospital si ocurre un desastre	38%	30%	32%
Estoy familiarizado con el procedimiento operativo para desastres del hospital	26%	31%	43%
Tengo suficientes conocimientos sobre el tratamiento de víctimas de un desastre.	60%	27%	13%
Conozco el funcionamiento de mi hospital luego de ocurrido un desastre	38%	22%	40%
El hospital está preparado para dar una respuesta eficaz en un desastre	43%	30%	27%
Mi función es vital para la gestión eficaz de un desastre en mi institución	88%	4%	8%

Nota. En la tabla 5 se observa que, en la dimensión cognitiva, las preguntas donde tuvieron mayor puntuación fueron: el ítem 1 en relación a la percepción como gestor eficaz en un desastre (88%), el ítem 4 sobre sus conocimientos en el tratamiento de las víctimas (60%) y el ítem 7 sobre competencias como proveedor de cuidados en un escenario de desastre (69%)

Tabla 6*Dimensión conductual de la actitud de los médicos frente a desastres*

	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo
En su opinión, ¿sus colegas se presentarían a trabajar al hospital inmediatamente de ocurrido un desastre?	47%	32%	21%
¿se presentaría usted a trabajar al hospital inmediatamente de ocurrido un desastre?	75%	11%	14%

Nota. En la tabla 6 se observa que, en la dimensión conductual, las preguntas donde tuvieron mayor puntuación fueron: el ítem 8 en relación a la actitud personal, donde el 75% de los médicos refieren que, si regresarían a laborar luego de ocurrido un desastre; mientras que en el ítem 9 sólo el 47% creen que sus colegas regresarían al hospital.

Tabla 7*Dimensión afectiva de la actitud de los médicos frente a desastres*

	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo
Miedo a perder mi lugar de trabajo debido a mi ausencia	43%	21%	36%
Compromiso profesional para cuidar a los heridos o enfermos	92%	6%	2%
Preocupación de que mi casa se dañe en un desastre	80%	10%	10%
Preocupación por el bienestar de mi familia	90%	8%	2%

Nota. En la Tabla 7 se observa que el ítem “compromiso de los médicos con la atención a los heridos o enfermos” y el ítem “preocupación por el bienestar familiar”, fueron reportados por el mayor número de participantes como factores que podrían afectar fuertemente la decisión de presentarse al trabajo (92 y 90% de los participantes, respectivamente, calificaron estos ítems entre 4 y 5 en escala Likert); seguido del el ítem “daños a su vivienda originados por un desastre” con un 80% y el ítem “miedo a perder el lugar de trabajo” con un 43%.

V. DISCUSIÓN

Lo hallado en la presente investigación está de acuerdo a lo señalado en el objetivo general que fue determinar los conocimientos y actitudes del plan hospitalario frente a desastres en médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui de Chiclayo en el año 2021.

En la investigación se halló que el 54% de los médicos tienen un conocimiento medio sobre el plan hospitalario, un 42% tienen un conocimiento alto y un 4% tienen un conocimiento bajo. De lo anterior se puede observar que el 96% de los médicos encuestados presentaron un nivel medio — alto de conocimiento, esto indica que la mayoría de los médicos encuestados si conocen del plan hospitalario sobre desastres con un nivel medio de conocimiento. Estos hallazgos son similares a dos estudios realizados en Israel y Jordania por Shapira et al (2019) y Ali - Ali & Abul Ibaid (2015) respectivamente.

Shapira (2019); Israel; realizó un estudio, descriptivo, con el fin de medir el nivel de conocimientos, percepciones y actitudes de 220 médicos sobre escenarios de desastres. Usó una encuesta estructurada tipo Likert. Los resultados mostraron que el nivel de conocimientos fue moderado en el 50% de los médicos y en el 33% fue alto. Concluye que el estudio, en el contexto de un escenario de desastre, puede ayudar a las instituciones de salud a mejorar sus esfuerzos de preparación, mejorando en última instancia las capacidades de respuesta. Al –Ali & Abu Ibaid (2015); Jordania; realizaron un estudio en centros de atención primaria de salud en el norte de Jordania, con el objetivo de evaluar las percepciones de los médicos sobre sus conocimiento, habilidades y preparación en la administración de desastres. Se aplicó una encuesta a 56 médicos. Los resultados mostraron que el 50% de los participantes tenían una preparación, conocimiento y habilidades moderadas en manejo de desastre. Se concluye que se necesitan más cursos de educación y capacitación para mejorar la preparación de médicos en gestión de desastres en Jordania.

Sin embargo, estos resultados, difieren de dos estudios, el de Nofal et al (2018), en Arabia y el Ayunta Mamani (2018), en Perú, los cuales mostraron que el nivel de conocimiento de los médicos sobre desastres era satisfactorio o alto. El estudio descriptivo y transversal de Nofal et al, realizado en 36 médicos del departamento de emergencias, con el objetivo de evaluar conocimientos, prácticas y actitudes en desastres y emergencias, encontró que los médicos encuestados tenían un conocimiento satisfactorio sobre la preparación en desastres. Recomiendan realizar una investigación de seguimiento para optimizar la preparación del personal del departamento de emergencias.

El estudio descriptivo correlacional de Ayunta Mamani (2018), realizado 95 trabajadores de un Centro de Salud de Tacna, con el objetivo de evaluar conocimientos y la actitud de respuesta ante un desastre de origen sísmico, encontró que los médicos encuestados tenían un nivel de conocimiento alto en el 63% del total de trabajadores.

Así mismo, los resultados del presente trabajo, fueron opuestos a lo reportado por los estudios realizados por Al-Wathinani (2021), Mobrad (2021), Yilmaz (2020), Mawhinney (2019), Munasinghe - Matsui (2019), Pekez - Pavlisko (2018) y Paganini (2016), quienes encuentran un nivel de conocimiento bajo en los médicos evaluados. Mobrad (2021); Arabia Saudita, realizó un estudio, descriptivo, transversal, con el objetivo de conocer la actitud y las percepciones del personal médico sobre conocimiento de gestión y respuesta a desastres. Usó una encuesta de tipo Likert en 302 médicos. Encontró que el 85% no poseían los conocimientos suficientes. Se concluye que hay una falta de conocimientos importante en los médicos y que la mayoría están dispuestos a participar en más programas de capacitación y educación sobre gestión en situación de desastres.

Por otro lado, Yilmaz (2020); Turquía; realizó una investigación con el objetivo de evaluar conocimientos, actitudes, disposición y niveles de conciencia sobre sus roles y deberes frente a un desastre. Para ello, realizó una encuesta a 233 médicos. Los resultados mostraron que los participantes no tenían información sobre manejo de desastres en el 91 % de los casos siendo considerado el nivel de muy inseguro. Solo el 9.2% de los médicos declararon

haber recibido algún tipo de capacitación en medicina de desastres. Los autores concluyeron que los participantes no tenían información sobre la gestión de desastres, pero si la disposición para trabajar voluntariamente.

Mawhinney (2021); Reino Unido, realizó un estudio multicéntrico en 76 hospitales, aplicando una encuesta, para evaluar los conocimientos de los médicos sobre el plan hospitalario ante incidentes graves o mayores. Los resultados mostraron que solo el 36% de los médicos sabían el papel que desempeñarían si el plan entraba en vigencia en caso de un desastre. Se concluía en recomendaciones diseñadas para mejorar la educación y reacción de los médicos ante desastres o incidentes graves.

Munasinghe y Matsui (2019); Sri Lanka realizó un estudio para evaluar la preparación del personal médico del Hospital General frente a los desastres. Se empleó una encuesta tipo cuestionario para entender mejor cómo los médicos percibían la preparación del hospital ante un desastre. Los resultados mostraron un nivel bajo de conocimiento del plan de respuesta ante un desastre y una inadecuada preparación del personal médico. Sin embargo, la mayoría de médicos tenían la voluntad de mejorar sus conocimientos sobre gestión de desastres.

Pekez — Pavlisko (2018); Croacia; realizó un estudio con el objetivo de evaluar las actitudes de los médicos de familia, la experiencia previa y la preparación autoevaluada para responder o ayudar en incidentes con víctimas masivas en Croacia. El estudio fue realizado a través de una encuesta participando 80 médicos. Los resultados mostraron que más del 70% de médicos tenían un bajo nivel de conocimiento, pues no habían participado en alguna actividad educativa de cómo enfrentar un desastre. Concluyen que es necesario actividades educativas anuales a los médicos, así como incluir capacitación en medicina de desastre durante los últimos años del pregrado.

Finalmente, Paganini et al (2016); Italia; realizó un estudio observacional, prospectivo, en médicos de 69 servicios de urgencias de ministerio italiano, con el objetivo de determinar el nivel de preparación en planificación y

procedimientos ante desastres. Se usó la entrevista estructurada, a través de la llamada telefónica anónima. Sólo el 45% de los participantes tenía conocimiento de lo que era su plan de emergencia para atender víctimas de un desastre. Concluyeron que los resultados demuestran que los médicos de urgencia tienen un escaso conocimiento sobre aspectos básicos del plan hospitalario frente a desastres. Recomienda a las autoridades de salud mejorar la educación del personal sobre preparación, capacitación y seguimiento en desastres.

Al evaluar qué aspectos del cuestionario de conocimientos eran los que tenían mayor y menor tasa de acierto, se encontró que los médicos si conocen el plan hospitalario sobre desastres, pues respondieron correctamente la encuesta en un 62% en promedio, lo que concuerda con el nivel medio de conocimiento obtenido y mostrado en la tabla 2. Los aspectos del plan hospitalario de desastres que conocen la mayoría de médicos encuestados, según porcentaje de acierto fueron: 1. el manejo apropiado de un paciente ansioso o angustiado que llega al hospital, 2. comunicación con instituciones externas luego de un desastre, 3. las medidas de seguridad para proteger a los pacientes inmóviles y 4. quien llevará a cabo el control y la comunicación dentro del hospital luego de ocurrido un desastre. Los dos primeros aspectos son similares a lo reportado por Shapira (2019), pero difieren con dicho investigador quien halló que las medidas de seguridad con infraestructuras dañadas era el otro aspecto más conocido por los médicos.

Del mismo modo, hubo poco conocimiento en los médicos acerca de otros aspectos del plan hospitalario, donde requieren capacitación teórica y práctica, pues obtuvieron puntajes menores al 50%. Estos aspectos fueron: las acciones apropiadas del personal de salud para protegerse durante un desastre, sobre quien es la persona autorizada para evacuar un departamento o servicio luego de un terremoto y sobre el protocolo de tratamiento de una lesión grave relacionada con un desastre. Estos dos últimos aspectos son similares a los reportado por Shapira (2019), pero difiere en que dicho investigador halló que otro aspecto menos conocido era sobre las acciones para protegerse a sí mismo.

La diferencia notoria en los resultados, que muestran niveles de conocimiento en su mayoría bajos, seguidos de niveles moderados y finalmente de niveles altos, indica la poca gestión en desastres naturales, a pesar de los esfuerzos a nivel mundial de organismos como OPS, OMS, ONU, y otros; quienes desde hace décadas establecieron las directrices y normas sobre gestión en desastres. Esto incluye los planes nacionales e institucionales de desastres. Sin embargo, la política nacional en materia de gestión de desastres, que involucra al ministerio de salud y Essalud, está lejos de cumplir con el objetivo de reducir el riesgo y asegurar la respuesta adecuada y oportuna frente a los daños ocasionados por un desastre.

En relación a la actitud de los médicos, se encontró que la actitud global de los médicos sobre el plan hospitalario frente a desastres fue positiva solo en el 42% de los médicos, mientras que un 40% mostró una actitud negativa al plan hospitalario sobre desastres.

La actitud positiva de los médicos de la presente investigación es similar a lo reportado por algunos estudios similares, como el de Mobrad (2021), Yilmaz (2020), Munashinge y Matsui (2019) y Ayunta Mamani (2018) y Nofal et al (2018).

Mobrad (2021); encontró que hay una falta de conocimientos importante en los médicos y que la mayoría están dispuestos a participar en más programas de capacitación y educación sobre gestión en situación de desastres. Yilmaz (2020) concluye que los participantes no tenían información sobre la gestión de desastres, pero si la disposición para trabajar voluntariamente. Munashinge y Matsui (2019) reportaron que la mayoría de médicos tenían la voluntad de mejorar sus conocimientos sobre gestión de desastres. Y Ayunta Mamani, en Tacna, reporta una actitud favorable en el 60% de los médicos encuestados.

El estudio de Nofal et al (2018) reporta un resultado diferente, pues la actitud de los médicos sobre la preparación para desastres fue neutral. Recomiendan realizar una investigación de seguimiento para optimizar la preparación del personal del departamento de emergencias. Esto se ve reflejado en los aspectos que reportaron la mayoría de los médicos en el cuestionario, en

la dimensión cognitiva: como el ser un gestor eficaz, la competencia para atender víctimas y la dimensión conductual: la actitud personal de regresar al hospital luego de ocurrido un desastre. Estos hallazgos son similares a lo reportado por Shapira et al (2019).

La actitud negativa de los médicos recae principalmente en la dimensión afectiva sobre aspectos como el compromiso de los médicos con la atención a los heridos o enfermos y la preocupación por el bienestar familiar, situaciones que fueron reportados por el mayor número de participantes como factores que podrían afectar fuertemente la decisión y actitud de presentarse al hospital luego de ocurrir un desastre. Estos hallazgos son similares a los reportado por Shapira (2019).

El presente estudio presentó ciertas limitaciones. Una es que los datos fueron obtenidos de manera virtual dada la emergencia sanitaria por covid -19 que seguimos viviendo. Otra es que el estudio no incluye al resto de trabajadores asistenciales como enfermeras y técnicos que también tiene un papel importante que desempeñar en la respuesta del hospital a los desastres y que pueden presentar sus propias características. Si bien la tasa de respuesta fue alta (80%) en el estudio realizado, la mayoría de médicos que respondieron la encuesta fueron del área de medicina, debido a que, el Hospital Luis Heysen fue destinado para atención exclusiva de paciente infectados por covid, por lo que en mayo del 2020 la Red Prestacional de Lambayeque — Essalud contrató 54 médicos por contrato CAS para cubrir la atención de pacientes infectados por covid-19. La mayoría de médicos fueron destinados al departamento de medicina, puesto que es el área responsable de la atención directa de pacientes infectados por covid. Esto podría también plantear una cierta limitación, ya que tiene implicaciones para un posible sesgo, que puede afectar la generalización de los resultados del estudio.

VI. CONCLUSIONES

1. Se determinó que el nivel de conocimientos sobre el plan hospitalario frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui, Chiclayo fue medio y la actitud fue positiva.

2. Algunas acciones del plan hospitalario eran pocas conocidas: autoprotección, persona autorizada para evacuar un servicio y sobre el protocolo de tratamiento de una lesión grave relacionada con un desastre.

3. La actitud de los médicos sobre el Plan Hospitalario frente a desastres fue positiva en la dimensión cognitiva y conductual y negativa en la dimensión afectiva.

4. En el 92% de los médicos el compromiso profesional con los enfermos influiría a favor en su decisión de retornar al trabajo. En el 80% y 90% de los médicos la preocupación por su familia y su casa, respectivamente, influiría en contra de su decisión de retornar al trabajo

VII. RECOMENDACIONES

1. Mejorar el conocimiento del plan respuesta hospitalaria frente a desastres en los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui, a través de capacitaciones, simulacros y socialización del plan.

2. Socializar los resultados de la presente investigación con las áreas responsables de la gestión de desastres en Essalud de la Red prestacional de Lambayeque.

3. Buscar una posible asociación o relación entre las variables del estudio con diferentes factores sociodemográficos o laborales de los médicos.

4. Ampliar las investigaciones a otros grupos ocupacionales como enfermeras y técnicos, puesto que también están involucrados en la respuesta inmediata a desastres.

REFERENCIAS

- Abad S, A., Martínez C, I., Obregón J, K., & Palacios S, D. (2018). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre catástrofes naturales en estudiantes...: Discovery Service para Universidad Cesar Vallejo. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=86960843-d85e-41f7-8251-ee4d7dd519c6%40redis>
- Agencia Europea de Medio Ambiente. (2021). Prevención de desastres [Term]. <https://www.eea.europa.eu/help/glossary/gemet-environmental-thesaurus/disaster-prevention>
- Al-Ali, N. M., & Abu Ibaid, A. H. (2015). Health-care providers' perception of knowledge, skills and preparedness for disaster management in primary health-care centres in Jordan. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 21(10), 713-721. <https://doi.org/10.26719/2015.21.10.713>
- Ayunta Mamani, A. C. (2018). Nivel de conocimiento y la actitud frente a la capacitación de respuesta ante un desastre de origen sísmico en el personal de salud del Centro de Salud San Francisco, Tacna-2018. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. <http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/3350>
- Bello, O., Bustamante, A., & Pizarro, P. (2021). Planificación para la reducción del riesgo de desastres en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. ONU, 62
- Cartilla informativa: "Pocket de gestión del riesgo de desastres aplicado al sector salud" V.02-2018 MINSA/DIGERD / Ministerio de Salud. Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud. -- Lima: Ministerio de Salud; 2018. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4811.pdf>

- Cernuda Martínez, J. A., Ferrero Fernández, E., Castro Delgado, R., & Arcos González, P. (2018). Conocimientos teóricos y habilidades prácticas autopercebidas en medicina de urgencia y emergencia de los médicos de Atención Primaria de Salud de Asturias. *Educación Médica*, 19(3), 153-161. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.015>
- Cucho S, H. M., & Nuñez C, K. M. (2018). Evaluación de la vulnerabilidad estructural aplicando el método Hirosawa para determinar la seguridad sísmica del Hospital Regional de Lambayeque. Universidad de San Martín de Porres - USMP. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4238>
- Dávila M, J., & Enriquez A, R. (2019). Evaluación de la vulnerabilidad sísmica y propuesta de reforzamiento al «Hospital Refrencial Ferreñafe»—Provincia Ferreñafe—Región Lambayeque—2018. <http://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/6669>
- Desastres naturales: Muertes por continente. (2020). Statista. <https://es.statista.com/estadisticas/642697/paises-con-mayor-numero-de-muertes-provocadas-por-desastres-naturales/>
- Desastres Naturales—Información y Características. (2014, diciembre 4). <https://www.geoenciclopedia.com/desastres-naturales/>
- DIGERD, M. (mayo de 2018). Política nacional de hospitales seguros frente a los desastres. Recuperado el 19 de diciembre de 2021, de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4470.pdf>
- DIGERD. (2021). Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud—Ministerio de Salud. <https://www.minsa.gob.pe/digerd/index.asp?op=4&com=4>

Enciclopedia, Periódicos y Multimedia desastres naturales. Fenómenos naturales que afectan a los seres vivos. 2018 México [en línea] [fecha de acceso 23 de diciembre del 2021].URL disponible en: <https://www.geoenciclopedia.com/desastres-naturales/>

Escenario de riesgo por sismo y tsunami. (s. f.). Recuperado 20 de octubre de 2021. https://sigrid.cenepred.gob.pe/sigridv3/storage/biblioteca/10354_escenario-de-riesgo-por-sismo-y-tsunami-para-lima-y-callao.pdf

European Environment Agency. (2021). Disaster [Term]. <https://www.eea.europa.eu/help/glossary/eea-glossary/disaster-1>

Fernández Ruiz, J. A. (2018). Conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería frente a una situación de alerta en el Servicio de Emergencia de un hospital abril—junio 2018. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20500.12866/4361>

Generalidades del Plan Hospitalario. (s. f.). Recuperado 19 de octubre de 2021, de <http://www.planeamientohospitalario.info/lecciones/leccion1/PL-1.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación

Hospital II -1 Luis Heysen Incháustegui. (2016). Plan de Respuesta frente a desastres. Red Asistencial Lambayeque, Lambayeque

Hospital Luis II-1 Heysen Incháustegui. (2016). Plan de Contigencia. Red Asistencial Lambayeque, Lambayeque, Chiclayo

Ley Sinagerd y el Planagerd. (s. f.). Recuperado 19 de octubre de 2021, de https://www.mef.gob.pe/contenidos/inv_publica/docs/eventos-taller/taller-

internacional-03y04-julio-2014/files/segundo-dia/04-Ley-Sinagerd-y-el-Planagerd.pdf

Mawhinney, J. A., Roscoe, H. W., Stannard, G. A. J., Tillman, S. R., Freemantle, N., & Cosker, T. D. (2021). Preparation for the next major incident: Are we ready? Comparing major trauma centres and other hospitals. *Emergency Medicine Journal*, 38(10), 765-768. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2020-209767>

Mobrad, A., Almorairi, H. M., Khan, A. A., Al-Wathinani, A., & Alotaibi, R. (2021). Perception and Attitude of Medical Staff in the Saudi Red Crescent Authority Toward their Preparedness for Disaster Management and Response. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 1-7. <https://doi.org/10.1017/dmp.2021.101>

Munasinghe, N. L., & Matsui, K. (2019). Examining disaster preparedness at Matara District General Hospital in Sri Lanka. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 40, 101154. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2019.101154>

Nofal, A., Alfayyad, I., Khan, A., Aseri, Z. A., & Abu-Shaheen, A. (2018). Knowledge, attitudes, and practices of emergency department staff towards disaster and emergency preparedness at tertiary health care hospital in central Saudi Arabia. *Saudi Medical Journal*, 39(11), 1123-1129. <https://doi.org/10.15537/smj.2018.11.23026>

O. Bello, A. Bustamante y P. Pizarro, "Planificación para la reducción del riesgo de desastres en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible", Documentos de Proyectos (LC/TS.2020/108), Santiago, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2020

OMS OPS. (2021). Hospitales seguros. <https://www.paho.org/en/health-emergencies/safe-hospitals>

Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Índice de seguridad hospitalaria. Guía para evaluadores. Segunda edición. Washington, D.C.: OMS, OPS; 2018

ONU, R. (2021). ¿Qué es el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres? <https://www.undrr.org/es/implementando-el-marco-de-sendai/que-es-el-marco-de-sendai-para-la-reduccion-del-riesgo-de-desastres>

OPS. (2010a). Curso de planeamiento hospitalario para la respuesta a desastres. <http://www.planeamientohospitalario.info/>

OPS. (2010b). Generalidades del planeamiento hospitalario para emergencias y desastres. Curso de planeamiento hospitalario para la respuesta a desastres. <http://www.planeamientohospitalario.info/lecciones/leccion1/index.html>

OPS, O. (2016). Nuevo plan de acción para la región de las Américas procura reducir el impacto de los desastres en la salud. Pan American Health Organization / World Health Organization. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12551:new-action-plan-for-the-americas-seeks-to-reduce-health-impacts-from-disasters&Itemid=42099&lang=es

OPS, O. (2021). Reducción del riesgo de desastres. <https://www.paho.org/es/emergencias-salud/reduccion-riesgo-desastres>

OPS & OMS. (2018). Índice de seguridad hospitalaria. Guía para evaluadores. Bidiss. <http://biblioteca.ciess.org/liss/index.php?P=FullRecord&ID=1535>

Páez, D., Fernández, I., Ubillos, S., & Zubieta, E. (2004). Psicología Social, Cultura y Educación Libro descatalogado 2014.

Paganini, M., Borrelli, F., Cattani, J., Ragazzoni, L., Djalali, A., Carengo, L., Della Corte, F., Burkle, F. M., & Ingrassia, P. L. (2016). Assessment of disaster preparedness among emergency departments in Italian hospitals: A cautious warning for disaster risk reduction and management capacity. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 24(1), 101. <https://doi.org/10.1186/s13049-016-0292-6>

Pekez-Pavlisko, T., Racic, M., & Jurišić, D. (2018). A Questionnaire Study on the Attitudes and Previous Experience of Croatian Family Physicians toward their Preparedness for Disaster Management. *Bulletin of Emergency and Trauma*, 6(2), 162-168. <https://doi.org/10.29252/beat-060211>

Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres al 2050. (s. f.). Recuperado 24 de diciembre de 2021, de <https://www.gob.pe/institucion/indeci/informes-publicaciones/1732590-politica-nacional-de-gestion-del-riesgo-de-desastres-al-2050>

Política Nacional GRD al 2050. (s. f.). Recuperado 21 de diciembre de 2021, de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1703472/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20GRD%20al%202050.pdf.pdf>

Política nacional: Hospitales seguros frente a los desastres / Ministerio de Salud. Dirección General de Gestión del Riesgo de Desastres y Defensa Nacional en Salud. -- Lima: Ministerio de Salud; Segunda edición 2018.52 p.; ilustr.

Reglamento_renacyt_version_final.pdf. (s. f.). Recuperado 24 de diciembre de 2021, de https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento_renacyt_version_final.pdf

Sairitupa Ríos, J. C., Tirado Paredes, R. P., & Vergara Honores, A. L. (2017). Conocimientos y actitudes del personal de enfermería de emergencia

sobre medidas de acción durante la respuesta ante un sismo.
<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/3871>

Shapira, S., Friger, M., Bar-Dayán, Y., & Aharonson-Daniel, L. (2019). Healthcare workers' willingness to respond following a disaster: A novel statistical approach toward data analysis. *BMC Medical Education*, 19(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1561-7>

Statista. (2020). Terremotos: Número de víctimas mortales 2000-2020. Statista. <https://es.statista.com/estadisticas/635156/numero-de-muertes-provocadas-por-terremotos-a-nivel-mundial/>

Tavera, H. (2020). Análisis y evaluación de los patrones de sismicidad y escenarios sísmicos en el borde occidental del Perú. 2020, 66.

UNISDR. 2009 UNISDR Terminology on Disaster Risk Reduction [Internet]. Geneva: United Nations International Strategy for Disaster Reduction; 2009 [Accessed 2009 May]. Available from: https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologyEnglish.pdf

Veenema, T., Boland, F., Patton, D., O'Connor, T., Moore, Z., & Schneider-Firestone, S. (2019). Analysis of Emergency Health Care Workforce and Service Readiness for a Mass Casualty Event in the Republic of Ireland. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 13(2), 243- 255. doi:10.1017/dmp.2018.45

Villasana, M., Cárdenas, B. E., Adriaenséns, M., Treviño, A. C., & Lozano, J. (2016). Mainstreaming disaster risk management in higher education. *AD- Minister*, 28, 243-253. <https://doi.org/10.17230/ad-minister.28.12>

Vulnerabilidad sísmica del componente organizativo y funcional de grandes hospitales. Morales-Soto Nelson, Sato-Onuma José. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2008; 25(2): 226 225-29

Yılmaz, T. E., Yılmaz, T., Büken, N. Ö., Özkara, A., & Altıntaş, K. H. (2020). Awareness of family physician residents of their roles in disaster health management: A cross-sectional study in Turkey. *Primary Health Care Research & Development*, 21. <https://doi.org/10.1017/S146342362000047X>

ANEXOS

Anexo. Operacionalización de variables:

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	RANGO	ESCALA DE MEDICIÓN
Conocimiento sobre el Plan hospitalario	Conocimientos teóricos y habilidades prácticas en gestión de desastres que deben tener los médicos. Incluye conocimiento del plan de respuesta hospitalaria, capacitación y simulacros (Pekez-Pavliško, 2018).	El nivel de conocimiento sobre plan hospitalario se midió a través de un cuestionario de 12 preguntas de opción única elaborado y validado por Shapira (2019)	Conocimiento del Plan Hospitalario (unidimensional)	Información general: ítems 1 y 2 Situación: 4 Organización de la respuesta: 5,6 y 11 Coordinación interinstitucional: 12 Procedimientos operativos: 3,7,8,9 y 10	Nivel Bajo: 0 a 4 puntos Nivel Medio: 5 a 8 puntos Nivel alto: de 9 a 12 puntos	Ordinal
Actitud	Accionar de los médicos durante una catástrofe y su predisposición a		Actitud global (tridimensional)		Actitud negativa: 13 a 30 puntos Actitud indiferente:	

	<p>prepararse, a brindar ayuda a heridos, etc. (Abad,2018)</p> <p>Estado de disposición mental y nerviosa, que influye en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones. Tiene tres componentes cognitivo, afectivo y conductual (Ubillos, 2004)</p>	<p>La Actitud se midió a través de un Cuestionario, construido y validado por Shapira, que constó de 13 preguntas tipo Likert y que midieron las 3 dimensiones: cognitivo, afectivo y conductual (Shapira, 2019).</p>			<p>31 a 48 puntos</p> <p>Actitud positiva: 49 a 65 puntos</p>	Nominal
			<ul style="list-style-type: none"> • Dimensión cognitiva 	<p>Conoce el Plan Hospitalario de Respuesta frente a desastres</p> <p>Identifica las zonas de seguridad</p>	<p>Actitud negativa: 7 a 16 puntos</p> <p>Actitud indiferente: 17 a 26 puntos</p> <p>Actitud positiva: 27 a 35 puntos</p>	
			<ul style="list-style-type: none"> • Dimensión conductual 	<p>Toma de decisiones durante un desastre</p> <p>Participación en capacitaciones de desastres</p> <p>Participación en simulacros</p>	<p>Actitud negativa: 2 a 5 puntos</p> <p>Actitud indiferente: 6 a 7 puntos</p> <p>Actitud positiva: 8 a 10 puntos</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> • Dimensión afectiva 	<p>Experiencias previas de crisis ante desastres</p> <p>Expresa emoción de miedo, tristeza</p> <p>Respuesta al pánico: ansiedad o apatía.</p>	<p>Actitud negativa: 4 a 9 puntos</p> <p>Actitud indiferente: 10 a 15 puntos</p> <p>Actitud positiva: 16 a 20 puntos</p>	
--	--	--	--	---	--	--

Anexo. Cuestionario N° 01: Conocimientos sobre plan hospitalario en médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui

1. Según los lineamientos del Plan Hospitalario frente a desastres, ¿cuáles son las medidas de protección que se deben proporcionar a los pacientes inmovilizados?
 - a) Evacuar al paciente con su cama a un sitio externo fuera del Servicio
 - b) Evacuar al paciente con su cama a la zona de refugio
 - c) No hay forma de proteger a los pacientes inmovilizados
 - d) Proteger a los pacientes en sus camas colocando una almohada sobre sus cabezas
 - e) No lo sé

2. Según los lineamientos del Plan Hospitalario frente a desastres ¿cuáles son las acciones de protección personal que los trabajadores de salud deben implementar, por ejemplo, durante un terremoto?
 - a) Salga del Servicio hacia la escalera, siéntese y proteja la cabeza
 - b) Cúbrase debajo de una mesa / muebles o siéntese cerca de una pared interna y proteja la cabeza
 - c) Salir externamente, fuera de la estructura del hospital
 - d) Acuéstese en el suelo y proteja la cabeza
 - e) Depende del piso en el que esté presente durante el terremoto
 - f) No lo sé

3. De acuerdo con el procedimiento operativo del Plan Hospitalario frente a desastres, ¿cuáles son las acciones inmediatas que se implementarán inmediatamente después de ocurrido un desastre?
 - a) Evacuación inmediata de todos los pacientes de los servicios
 - b) Identificación de los Servicios y Áreas del hospital que resultaron dañados y prestación de asistencia según sea necesario
 - c) Explorar el área para localizar víctimas y daños; evacuar a los pacientes que necesitan atención médica o reanimación al Área de Emergencias
 - d) Concentrar al personal y a los pacientes en el Servicio y esperar las instrucciones de la Dirección del hospital
 - e) No lo sé

4. En caso de posibles daños a las tuberías de gas y/o a la infraestructura de suministro de electricidad a causa de un desastre, ¿qué medidas de seguridad deben implementarse?
 - a. Una evacuación inmediata de los Servicios
 - b. Los suministros de electricidad, agua y gas deben desconectarse inmediatamente
 - c. Se debe usar una fuente de electricidad sustituta (un generador)
 - d. No se debe tomar ninguna medida luego de ocurrido el desastre
 - e. No lo sé

5. ¿Quién está autorizado a emitir la orden de evacuación de un Servicio o Unidad?
 - a. El director del hospital únicamente
 - b. El director del hospital o, en caso de que no sea posible contactarlo, el miembro más antiguo del Servicio o Departamento.
 - c. El miembro más antiguo del Departamento o Servicio
 - d. El jefe del Departamento o Servicio
 - e. No lo sé

6. ¿Qué procedimientos de registro médico se aplican con respecto a la admisión de pacientes en el hospital después de un desastre?
- Se continuará con el registro médico de rutina (historia clínica electrónica)
 - Se aplicará el registro manual y se transferirá una lista de víctimas al Centro de Operaciones de Emergencia (COE) de la Red Lambayeque.
 - Se utilizará una pequeña tarjeta para cada paciente que indique los datos básicos y el diagnóstico.
 - En una situación de emergencia no hay tiempo para un registro médico organizado.
 - No sé
7. ¿Cuál es el protocolo de tratamiento recomendado para una víctima que sufre un síndrome de aplastamiento a su llegada al hospital?
- Amputación de la extremidad herida
 - Fasciotomía y desbridamiento extenso del músculo necrótico
 - Tratamiento agresivo con líquidos y diuréticos para prevenir complicaciones sistémicas
 - Hemodiálisis inmediata
 - No sé
8. ¿Cuál es la acción apropiada cuando una víctima de un desastre con heridas leves, por ejemplo, en las extremidades, se presenta al Hospital?
- El paciente debe ser dirigido a un sitio designado e implementado fuera del área del hospital.
 - El paciente debe ingresar al área del hospital y recibir tratamiento inmediato.
 - El paciente debe ser evacuado a un hospital distante para recibir tratamiento.
 - El paciente debe ser dirigido a un sitio designado para ser tratado por un(a) trabajador(a) social o psicólogo(a)
 - No lo sé

9. ¿Cuál es la acción apropiada cuando una persona gravemente lesionada (por ejemplo, que sufre de síndrome de aplastamiento o que necesita amputación) se presenta en el hospital?

- a) El paciente debe ser dirigido a uno de los sitios designados e implementados fuera del área del hospital.
- b) El paciente debe ingresar al área del hospital y recibir tratamiento inmediato.
- c) El paciente debe ser evacuado a un hospital distante para recibir tratamiento.
- d) El paciente debe ser dirigido a un sitio designado para ser tratado por un(a) trabajador(a) social o psicólogo(a)
- e) No lo sé

10. ¿Cuál es la acción apropiada cuando un paciente afectado por la ansiedad, debido a un desastre, se presenta al hospital?

- a. El paciente debe ser dirigido a uno de los sitios designados e implementados fuera del área del hospital.
- b. El paciente debe ingresar al área del hospital y recibir tratamiento inmediato.
- c. El paciente debe ser evacuado a un hospital distante para recibir tratamiento.
- d. El paciente debe ser dirigido a un sitio designado para ser tratado por un(a) trabajador(a) social o psicólogo(a)
- e. No sé

11. Después de un desastre, ¿cómo se llevará a cabo el control y la comunicación dentro del hospital?

- a) No se puede implementar ningún mecanismo de informe organizado durante una emergencia
- b) Es necesario informar únicamente al director del departamento de emergencias.
- c) La administración creará un Centro de Operaciones de Emergencia (COE); los informes al centro se transferirán a través de los sistemas de comunicación de rutina (si son operables) o a través de mensajeros.
- d) La Dirección creará un Centro de Operaciones de Emergencia (COE) que se activará únicamente a cuando sea necesario
- e) No sé

12. Inmediatamente después de un terremoto, puede ocurrir el colapso de los mecanismos de comunicación entre el hospital y las instituciones externas. ¿A quién se debe informar durante este tiempo?

- a) El Centro de Operaciones de Emergencias Regional-Lambayeque a través de conductores de ambulancias y oficiales de enlace
- b) Hay que esperar a la renovación de los canales de comunicación, y luego se debe presentar un informe al Ministerio de Salud.
- c) Reporteros de los medios de comunicación (televisión, radio)
- d) A la policía local y equipos de policía de campo
- e) No sé

Anexo. Cuestionario N° 02: Cuestionario de actitudes ante desastres de los médicos del Hospital Luis Heysen Incháustegui

En relación a la percepción de su actitud, rol y competencias ante un posible escenario de un desastre, responda las siguientes preguntas marcando la alternativa que más se ajuste según la escala numérica de 1 a 5:

1. Totalmente en desacuerdo 2. Parcialmente en desacuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. Parcialmente de acuerdo 5. Totalmente de acuerdo

1. Mi función es vital para la gestión eficaz de un desastre en mi institución
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
2. El Hospital está preparado para dar una respuesta eficaz en un desastre
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
3. Estoy familiarizado con el rol de funcionamiento de mi Hospital luego de ocurrido un desastre
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
4. Tengo suficientes conocimientos sobre el tratamiento de las víctimas de un desastre
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
5. Estoy familiarizado con el procedimiento operativo del Hospital para desastres
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
6. Me siento seguro(a) de permanecer en el hospital si ocurre un desastre
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()
7. Siento que soy competente como proveedor de cuidados para manejar un desastre
1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

En relación a la actitud de presentarse al Hospital después de ocurrido un desastre, responda las siguientes preguntas marcando la alternativa que más se ajuste a su percepción en la escala numérica de 1 a 5:

1. No, no creo que me presente 2. Es poco probable 3. No puedo decidir
4. Si, es casi seguro 5. Si, sin duda

8. ¿Se presentaría Usted a trabajar al Hospital inmediatamente después de ocurrido un desastre?

- 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

9. En su opinión, ¿sus colegas se presentarían a trabajar al Hospital inmediatamente después de ocurrido un desastre?

- 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

¿En qué medida, en su opinión, las siguientes situaciones influirán en su decisión y actitud de presentarse a trabajar después de ocurrido un desastre?

Responda las siguientes preguntas marcando la alternativa que más se ajuste a su percepción en la escala numérica de 1 a 5:

1. Para nada 2. En poco grado 3. No lo puedo definir 4. En grado medio
5. En grado alto

10. Preocupación por el bienestar de mi familia

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

11. Preocupación de que mi casa se dañe en un desastre

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

12. Compromiso profesional para cuidar a los heridos o enfermos

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

13. Miedo a perder mi lugar de trabajo debido a mi ausencia

1 () 2 () 3 () 4 () 5 ()

Anexo. Carta de aceptación para la realización de la investigación



HOPITAL NACIONAL ALMANZOR AGUINAGA ASENJO
RED PRESTACIONAL LAMBAYEQUE
Manual de Procedimientos del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI- RPL)

**ANEXO B
CARTA DE ACEPTACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN POR EL
JEFE DEL DEPARTAMENTO / SERVICIO / ÁREA O JEFE INMEDIATO SUPERIOR**

Señor
Dr: MAX KEVIN METIA SALAZAR
Gerente de la Red Prestacional Lambayeque
Presenta:

De mi consideración:

El Jefe del Departamento / Servicio / Área de
del Establecimiento de Salud Hospital II Luis Haysen Tachao Steyer de la
Red Prestacional Lambayeque donde se ejecutará el estudio
titulado "CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES FRENTE A DESASTRES
EN MEDICINA DEL HOSPITAL LUIS HAYSEN TACHAO STEYER
CHICLAYO"

cuyo investigador principal / co investigador responsable es Danny Rafael
SANCHEZ ESPERRE

tiene el agrado de dirigirse a usted para manifestarle mi visto bueno para que el proyecto
señalado previamente se ejecute en el Departamento / Servicio / Área.
MEDICINA EMERGENCIA Y AREAS CRITICAS; CIRUGIA Y AYUDA
AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Este proyecto deberá contar además con la evaluación del Comité Institucional de Ética
en Investigación y la aprobación correspondiente por su despacho antes de su ejecución.

Sin otro particular, quedo de Usted.

Atentamente


Nombre: Dr. Yolo Pines Vargas Paz
Firma, sello, nombre de EsSalud / Red Prestacional Lambayeque / Servicio / Área



ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, SANCHEZ ESQUERRE DANNY RAFAEL estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - CHICLAYO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL PLAN HOSPITALARIO FRENTE A DESASTRES EN MÉDICOS DEL HOSPITAL LUIS HEYSEN INCHÁUSTEGUI, CHICLAYO", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

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

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

Nombres y Apellidos	Firma
SANCHEZ ESQUERRE DANNY RAFAEL DNI: 18085729 ORCID 0000-0003- 4812-120X	Firmado digitalmente por: SAESQUERRED el 14-01- 2022 21:48:43

Código documento Trilce: INV - 0500391