



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

Cultura de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo en
Enfermeras del Servicio de Hospitalización de una Clínica
Privada – Lima, 2021.

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

AUTORA:

Guerrero Mendoza, Yuriko Alexandra (ORCID: 0000-0002-9639-9890)

ASESOR:

Mg. Orihuela Salazar, Jimmy Carlos (ORCID: 0000-0001-5439-7785)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión de riesgo en Salud

LIMA – PERÚ

2021

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico en primer lugar a Dios, porque sin él nada sería posible, a mi hermana Arely que es el motor para seguir adelante y a mi persona que aún con las diversas dificultades que se me presenten sigo pensando en seguir luchando para alcanzar mis sueños.

Agradecimiento

A mi asesor que con mucha paciencia y dedicación estuvo apoyándome en la elaboración de la tesis; sobre todo porque nos inculcó el arte de investigar y contribuir a la ciencia. A mis docentes, quienes impartieron valiosas enseñanzas para nuestra formación. A mis compañeros, con quienes hemos formado un buen grupo y que estoy segura les augura un camino exitoso. A los enfermeros, que fueron amables y solícitos para la realización del presente trabajo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	vi
Índice de gráficos y figuras	ix
Resumen	xi
Abstract	xii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	16
3.1. Tipo y diseño de investigación	16
3.2. Variables y operacionalización	16
3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo	17
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	17
3.5. Procedimientos	21
3.6. Método de análisis de datos	21
3.7. Aspectos éticos	21
IV. RESULTADOS	23
V. DISCUSIÓN	54
VI. CONCLUSIONES	58
VII. RECOMENDACIONES	59

REFERENCIAS 60

ANEXOS 70

- Anexo 1: Cuadro de Operacionalización de la Variable Cultura de Seguridad del Paciente
- Anexo 2: Cuadro de Operacionalización de la Variable Gestión del Riesgo
- Anexo 3: Matriz de Consistencia
- Anexo 4: Consentimiento informado
- Anexo 5: Instrumento de Cultura de Seguridad del Paciente
- Anexo 6: Instrumento de Gestión del Riesgo
- Anexo 7: Certificado de validez de instrumentos que miden: Cultura de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo
- Anexo 8: Prueba de confiabilidad de los instrumentos
- Anexo 9: Base de datos del instrumento de Cultura de Seguridad del Paciente
- Anexo 10: Base de datos del instrumento de Gestión del Riesgo
- Anexo 11: Carta de presentación

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Validez de contenido mediante juicio de expertos para los instrumentos de Cultura de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo	20
Tabla 2	Fiabilidad de la Variable: Cultura de Seguridad del Paciente	20
Tabla 3	Fiabilidad del Variable: Gestión del Riesgo	21
Tabla 4	Resultados de la variable Cultura de Seguridad del Paciente	23
Tabla 5	Resultados de la dimensión Frecuencia de eventos notificados	24
Tabla 6	Resultados de la dimensión Percepción de seguridad	25
Tabla 7	Resultados de la dimensión Expectativas y acciones de la Dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la Seguridad	26
Tabla 8	Resultados de la dimensión Aprendizaje organizacional /mejora continua	27
Tabla 9	Resultados de la dimensión Trabajo en equipo en la unidad/Servicio	28
Tabla 10	Resultados de la dimensión Franqueza en la comunicación	29
Tabla 11	Resultados de la dimensión Feed-back y comunicación sobre Errores	30
Tabla 12	Resultados de la dimensión Respuesta no punitiva a los errores	31
Tabla 13	Resultados de la dimensión Dotación de personal	32
Tabla 14	Resultados de la dimensión Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	33
Tabla 15	Resultados de la dimensión Trabajo en equipo entre unidades	34

Tabla 16	Resultados de la dimensión Problemas en cambios de turno y Transiciones entre servicios/unidades	35
Tabla 17	Resultados de la variable Gestión del Riesgo	36
Tabla 18	Resultados de la dimensión Identificación del riesgo	37
Tabla 19	Resultados de la dimensión Análisis y evaluación del riesgo	38
Tabla 20	Resultados de la dimensión Planificación e implementación de la respuesta a los riesgos	39
Tabla 21	Resultados de la dimensión Seguimiento y revisión	40
Tabla 22	Tabla cruzada para la Cultura de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo	41
Tabla 23	Tabla cruzada para la dimensión Identificación del riesgo y la Variable Cultura de Seguridad del Paciente	42
Tabla 24	Tabla cruzada para la dimensión Análisis y evaluación del Riesgo y la variable Cultura de Seguridad del Paciente	44
Tabla 25	Tabla cruzada para la dimensión Planificación e Implementación de la respuesta a los riesgos y la variable Cultura de Seguridad del Paciente	45
Tabla 26	Tabla cruzada para la dimensión Seguimiento y revisión y la variable Cultura de Seguridad del Paciente	47
Tabla 27	Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov	48
Tabla 28	Tabla de contrastación de hipótesis general	49
Tabla 29	Tabla de contrastación de hipótesis específica 1	50
Tabla 30	Tabla de contrastación de hipótesis específica 2	51

Tabla 31	Tabla de contrastación de hipótesis específica 3	52
Tabla 32	Tabla de contrastación de hipótesis específica 4	53
Tabla 33	Operacionalización de la Variable Cultura de Seguridad del Paciente	82
Tabla 34	Operacionalización de la Variable Gestión del Riesgo	85
Tabla 35	Matriz de Consistencia	86

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Gráfica de la variable cultura de seguridad del paciente como frecuencia	23
Figura 2	Gráfica de la dimensión frecuencia de eventos notificados como frecuencia	24
Figura 3	Gráfica de la dimensión percepción de seguridad como frecuencia	25
Figura 4	Gráfica de dimensión expectativas y acciones de la Dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad como frecuencia	26
Figura 5	Gráfica de la dimensión aprendizaje organizacional/mejora continua como frecuencia	27
Figura 6	Gráfica de la dimensión trabajo en equipo en la unidad/servicio como frecuencia	28
Figura 7	Gráfica de la dimensión franqueza en la comunicación como frecuencia	29
Figura 8	Gráfica de la dimensión Feed-back y comunicación sobre errores como frecuencia	30
Figura 9	Gráfica de la dimensión respuesta no punitiva a los errores como frecuencia	31
Figura 10	Gráfica de la dimensión dotación de personal como frecuencia	32
Figura 11	Gráfica de la dimensión apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente como frecuencia	33
Figura 12	Gráfica de la dimensión trabajo en equipo entre unidades como	34

	frecuencia	
Figura 13	Gráfica de la dimensión problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/idades como frecuencia	35
Figura 14	Gráfica de la variable gestión del riesgo como frecuencia	36
Figura 15	Gráfica de la dimensión identificación del riesgo como frecuencia	37
Figura 16	Gráfica de la dimensión análisis y evaluación del riesgo como frecuencia	38
Figura 17	Gráfica de la dimensión planificación e implementación de la respuesta a los riesgos como frecuencia	39
Figura 18	Gráfica de la dimensión seguimiento y revisión como frecuencia	40
Figura 19	Gráfica de frecuencias de la variable cultura de Seguridad del paciente y gestión del riesgo	41
Figura 20	Gráfica de frecuencia de la variable cultura de Seguridad del paciente y la dimensión identificación del riesgo	43
Figura 21	Gráfica de frecuencia de la variable cultura de Seguridad del paciente y la dimensión análisis y evaluación del Riesgo	44
Figura 22	Gráfica de frecuencia de la variable cultura de Seguridad del paciente y la dimensión planificación e Implementación a los riesgos	46
Figura 23	Gráfica de frecuencia de la variable cultura de Seguridad del paciente y la dimensión seguimiento y revisión	47

Resumen

El presente trabajo de investigación de maestría ha tenido como objetivo general determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021. La investigación es básica, de enfoque cuantitativo, tipo correlacional, el diseño es No experimental y el corte es Transversal. La muestra estuvo conformada por 50 enfermeras del servicio de hospitalización de una clínica privada, mediante el cual fueron encuestadas utilizando dos cuestionarios para las variables cultura de seguridad del paciente y gestión del riesgo. Por consiguiente, se realizaron los análisis estadísticos respectivos, obteniendo como resultados una significancia de 0,145 por lo que se interpreta que no existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

Palabras claves: Cultura de seguridad del paciente, gestión del riesgo, enfermeras del servicio de hospitalización.

Abstract

The present master's research work has had the general objective of determining the relationship that exists between the culture of patient safety and risk management in nurses of the hospitalization service of a Private Clinic - Lima, 2021. The research is basic, of quantitative approach, correlational type, the design is non-experimental and the cut is transversal. The sample consisted of 50 nurses from the hospitalization service of a private clinic, through which they were surveyed using two questionnaires for the variables culture of patient safety and risk management. Consequently, the respective statistical analyzes were carried out, obtaining as results a significance of 0.145, which is why it is interpreted that there is no statistically significant relationship between the culture of patient safety and risk management in nurses in the hospitalization service of a Private Clinic - Lima, 2021.

Keywords: Patient safety culture, risk management, hospitalization service nurses.

I. INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente se considera como un aspecto fundamental en la calidad de atención, el cual es catalogado como eje transversal, que involucra a los organismos del Sistema de Salud y los que lo integran.

La Organización Mundial de la Salud, la denomina como el pilar fundamental de las atenciones sanitarias y un componente en la gestión de calidad. Es así como la seguridad del paciente necesita de acciones complejas que involucren a todo el sistema, donde intervienen acciones involucradas con el mejoramiento del funcionamiento, el ambiente y la gestión del riesgo.¹

Según la OMS, la seguridad del paciente como disciplina de las prestaciones en salud se originó con la reforma de los sistemas de salud y con la creciente cifra de daños a los usuarios en los centros de atención, tiene como objetivo la prevención y reducción del riesgo, error y daño que pueden sufrir los usuarios en la atención de salud.²

Si bien es cierto, la seguridad del paciente es importante para brindar servicios de salud de calidad. Es así, que se hace hincapié en que los servicios sanitarios a nivel mundial deben tener eficacia y seguridad por ende estar enfocados en la persona. Es por ello, que las prestaciones asistenciales deben ser oportunos, equitativos, integrados y eficientes.²

Así mismo, identificar eventos adversos es de suma importancia en salud. En Latinoamérica y el Caribe, el registro de eventos adversos no siempre es tomado con la importancia que se merece a pesar de la alta tasa de reportes, sin tomar en consideración aquellos que no se notifican.³

Teniendo en cuenta que el reconocimiento e identificación de los riesgos que podrían desencadenar eventos adversos nos sirven de fuente principal para prevenirlos, se puede decir, que al identificar riesgos de manera oportuna nos evitaría la morbilidad, prolongación de la estancia hospitalaria, mayor demanda de atenciones asistenciales, discapacidad o muertes, y también el gasto innecesario en los seguros de salud. La mayoría de efectos adversos tiene múltiples factores, que se dan a causa de múltiples causas innatas de las prestaciones asistenciales, por ello se dice que no son acciones apartadas o inesperadas, sino que son situaciones que se pudieron prevenir.³

Las cifras estadísticas de la OMS, nos dan a conocer que los eventos adversos causados por atenciones en salud inseguras son 1 de las 10 principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. En el mundo, 4 de cada 10 pacientes presentan daños en el nivel primario y atenciones ambulatorias. Pues el 80% de daños son prevenibles. Las causas que perjudican más al paciente están ligadas con el diagnóstico, indicaciones y el uso de fármacos.²

En otro estudio, realizado en los países desarrollados, de 10 pacientes atendidos, 1 sufre daños en la atención intrahospitalaria, a causa de eventos adversos, que el 50% se podía prevenir. Por otro lado, en los países subdesarrollados tienen dos tercios de la totalidad de eventos adversos a causa de atenciones inseguras y los años perdidos por incapacidad y muerte.²

A nivel de América Latina se realizó un estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS), donde fueron partícipes 58 nosocomios de Perú, México, Costa Rica, Colombia y Argentina donde se obtuvo como resultado preocupante, de un total 11.379 pacientes, el 10,5% fue la prevalencia de eventos adversos, de los cuales el 28% causó incapacidad y el 6% la muerte.

Dentro de estas cifras, 13,4% fue por parte de atención del personal de enfermería, 8,2% fármacos, 37,1% infecciones nosocomiales, 28,5% cirugías y 6,1% relacionadas al diagnóstico.⁴

En el año 2007, Perú participó en el estudio de IBEAS, con 2 hospitales de ESSALUD; de los cuales se obtuvo como resultados que 10 de cada 100 pacientes habían sido afectados o dañados a causa de la atención sanitaria, los cuales 39,6% sufrieron infecciones intrahospitalarias, 28,8% eventos adversos relacionados a procedimientos, 10,8% con su diagnóstico, 8,4% con indicaciones médicas y 6,9% con los cuidados, de todas las cifras antes mencionadas 41,2% fueron inevitables y 58,8% fueron evitables.⁵

A nivel de la Institución donde se realizará el estudio se tuvo como datos del último año que se reportaron 2 casos de flebitis, 4 caídas de pacientes, 6 eventos adversos y 3 código rojo, el cual podemos evidenciar que hay por mejorar y fortalecer la cultura de seguridad del paciente a nivel de los enfermeros quienes imparten cuidados y quienes están mayor tiempo con ellos, por otro lado, los profesionales en mención tienen conciencia que la seguridad del paciente es primordial para el desarrollo de sus acciones. Sin embargo ocurren eventos

adversos durante procedimientos administrativos y asistenciales, cuyo resultado afecta la salud del paciente ocasionando eventos adversos o incluso pudiendo ocasionar la muerte.

Por consiguiente a lo plasmado anteriormente, nos formulamos el siguiente problema: ¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021? Y como problemas específicos: ¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en las dimensiones Identificación; Análisis y evaluación; Planificación e implementación; Seguimiento y revisión en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021?

La justificación teórica se centra en que la seguridad del paciente se considera como un aspecto fundamental en la calidad de atención, el cual es catalogado como eje transversal, que involucra a los organismos del Sistema de Salud y los que lo integran. Según la OMS, la seguridad es el pilar fundamental de las atenciones sanitarias y un componente en la gestión de calidad. Es así como la seguridad del paciente necesita de acciones complejas que involucren a todo el sistema, donde intervienen acciones involucradas con el mejoramiento del funcionamiento, el entorno y la gestión del riesgo.¹ Así mismo, la gestión del riesgo según Vargas D. tiene la finalidad de detectar, estudiar los eventos adversos y la elaboración de estrategias enfocadas a la prevención del error, control y disminución del daño.³⁰ Por las razones expuestas, la actual investigación busca comprobar si las variables estudiadas se relacionan significativamente.

Como justificación metodológica, en el presente estudio se utilizará como herramientas para el recojo de información la encuesta y como instrumento dos cuestionarios validados mediante juicio de expertos y fiabilidad según estadística, que nos servirá para la obtención de información de las variables a estudiar. Estos instrumentos nos proporcionarán resultados que serán beneficiosos para distintas instituciones prestadores de salud que deseen seguir estudiando las variables antes mencionadas.

Dentro de la justificación práctica, el resultado del estudio permitirá, reconocer y poner en práctica las políticas y lineamientos ya establecidos, para así contribuir a que se fortalezcan las variables en estudio a través de participación activa de los profesionales en la implementación de nuevas estrategias, participación en capacitaciones sobre los indicadores de seguridad del paciente, implementación de planes de mejora y diagramas implicados en la gestión del riesgo, actividades y sistemas de seguimiento.

Así mismo se plantea el objetivo general: Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021, y específicos: Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en las dimensiones Identificación; Análisis y evaluación; Planificación e implementación; Seguimiento y revisión en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima.

De la misma manera se plantea la hipótesis general: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021. De igual importancia las hipótesis específicas: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en las dimensiones Identificación; Análisis y evaluación; Planificación e implementación; Seguimiento y revisión en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

II. MARCO TEÓRICO

Referente a los antecedentes internacionales mencionamos a: Pacheco D., Moreno J. (2020, Colombia) en su estudio de investigación que tenía por objetivo la evaluación de la percepción de la cultura de seguridad del paciente de los enfermeros. La metodología empleada fue descriptiva. Su población de estudio constituida por 177 participantes. Se utilizó un cuestionario. Como resultados se obtuvo que 45% siempre reporta eventos adversos, el 35% recibe comentarios positivos de sus jefes al cumplir protocolos inmersos a la seguridad del paciente, 35% algunas veces fue informado cuando se realizaron cambios en los reportes

de incidentes, el 50% refiere que en su lugar de trabajo hay una buena seguridad del paciente. Se concluye que el tiempo de servicio tiene relación con los eventos adversos y la cultura de seguridad.⁶

Cruz A., Medina I., Ávila M. (2019, Cuba) en su estudio de tesis precisó como objetivo el análisis de la gestión del riesgo y la aplicación en la práctica del proceso de cuidados de enfermería. El estudio se basó en la auditoria de sistemas y documentos. Como resultados se obtuvo que su primera variable estudiada estaba ligada a las teorías y método científico de enfermería. Se concluye que la seguridad del paciente se podría alterar si no se reconoce los riesgos en el accionar del proceso de cuidados de enfermería.⁷

Palencia C., González N., Salamanca L. (2018, Colombia) investigaron la cultura de seguridad del paciente y su percepción del personal de un hospital. Aplicó metodología cuantitativa. Constituido por una población de 464 personales asistenciales. Utilizó un cuestionario de seguridad del paciente. Como resultados se obtuvo que los profesionales catalogan la seguridad del paciente en sus servicios como excelente 75%, aceptable 23% y mala 2%; Se concluye que contrasta con los resultados en la medición de las dimensiones, donde el 41% de estas se clasificaron como debilidades, otro 41% como aspectos por mejorar y un 8% como fortaleza, lo que indica la necesidad de construcción de cultura de seguridad para, dar más objetividad a los términos de percepción de los funcionarios asistenciales.⁸

Ortega L. (2018, Ecuador) en su tesis se planteó determinar los factores asociados de los enfermeros en relación a la cultura de seguridad del paciente. Aplicó metodología observacional. Como población tuvo a 191 enfermeras de dos hospitales. Aplicó un cuestionario de seguridad del paciente. Como resultados se pudo evidenciar que las fortalezas fueron: El aprendizaje en la organización y mejora continua con un porcentaje de ochenta y cuatro y Trabajo en equipo en el lugar de trabajo con un porcentaje de setenta y cinco. Se concluye que la seguridad en enfermeros es alto y tiene relación con el grado de instrucción y el puesto de trabajo.⁹

Vasco I. (2017, España) en su investigación analizó la cultura de seguridad por enfermeros de una institución. La metodología fue descriptiva. Su población fue 167 enfermeras. Recolectó información con un cuestionario adaptado. Por resultados se obtuvo que un porcentaje ochenta y cinco enfermeros no comunicaron eventos adversos, la seguridad se calificó como media con un porcentaje de seis y de los enfermeros el porcentaje de noventa y cinco tienen contacto directo con los usuarios. Se puede concluir que los enfermeros tienen una percepción positiva de la cultura de seguridad.¹⁰

Como antecedentes nacionales tenemos: Núñez E. (2020) en su investigación que tenía por objetivo determinar en enfermeras de un Hospital en Chiclayo la cultura de seguridad del paciente. Empleó metodología descriptiva. Su población fue 121 personales. Recolectó datos mediante un cuestionario. Como resultado se obtuvo una cultura de seguridad del paciente débil 44.31%. Pudo concluir la necesidad de implementar intervenciones para fortalecerla.¹¹

Mosqueira R. (2020) desarrolló en su tesis como objetivo evaluar la gestión de riesgos y determinar la seguridad del paciente de un nosocomio en Cajamarca. La metodología fue correlacional. Su población fueron 65 trabajadores. Recolectó datos mediante dos cuestionarios. Como resultados obtuvo que la evaluación de riesgos es regular con un 61,5% y la seguridad del paciente es alta con 53,8%. Se pudo concluir que tiene relación significativa las variables estudiadas.¹²

Mori N. (2018) en su investigación relacionó la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos en enfermeros de un Hospital en Vitarte. La metodología descriptiva correlacional. Su población fue constituida por 40 enfermeros y como instrumento tuvo un cuestionario. Como resultados se obtuvo que sus variables se encuentran en un nivel regular. Se pudo concluir que las variables estudiadas se relacionan significativamente.¹³

Díaz J. (2018) realizó una tesis para identificar la cultura de seguridad del paciente en profesionales de un Hospital del Callao 2017. Usó metodología descriptiva. Su población de estudio fue constituida por 15 personas. Recogió información mediante un cuestionario. Como resultados obtuvo que, los

trabajadores fueron capacitados sobre su variable estudiada y notificaron los eventos adversos al 100%. En conclusión la seguridad del paciente está implicada con las atenciones sanitarias, es por ello que se requiere del compromiso, la sensibilización y la implementación de acciones para disminuir riesgos .¹⁴

Fernández M. (2017) identificó en su estudio de investigación los conocimientos sobre seguridad del paciente en enfermeros. La metodología de estudio fue descriptiva. Como población se consideró a 77 enfermeros. Su instrumento un cuestionario. Sus resultados identificaron que el personal de áreas no críticas tiene bajo nivel de conocimiento 57.1%, el personal de áreas críticas tienen regular nivel de conocimiento 52,8%. Es así que concluye que la muestra de estudio desconoce los riesgos en las acciones asistenciales por ende necesita tomar medidas para mejorar.¹⁵

Según la Organización Mundial de la Salud (2019), la Seguridad del Paciente como disciplina de las prestaciones en salud se originó con la reforma del sistema de salud y con la creciente cifra de daños a los usuarios en los centros de atención, tiene como objetivo la prevención y reducción del riesgo, error y daño que pueden sufrir los usuarios en la atención de salud. Una prioridad fundamental de la materia es la mejoramiento continuo en base a la enseñanza mediante las experiencias adquiridas de los errores y eventos adversos.^{16, 17}

Por otro lado, es primordial para impartir atenciones de salud de calidad. Es por ello, que se imparte el principio de que los servicios de salud de calidad a nivel mundial deben ser eficaces, seguros y tener como centro a la persona.^{16, 18}

Según el Plan estipulado por el ente rector en Salud del Perú (2010), conceptualiza a la Seguridad del Paciente como la disminución y atenuación de los daños o actos que no son seguros en el sistema de salud, ello se aplica mediante el uso de prácticas seguras, que nos garanticen resultados beneficiosos en la práctica asistencial.¹⁹

En la Directiva de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo del Ministerio de Salud (2020), la define como la disminución de los posibles daños que pueden ser prevenibles hasta un margen aceptable, como también a los

conocimientos del personal, los recursos que poseen y las circunstancias en los que se brindan las atenciones.²⁰

El Ministerio de Salud (2020), señala como cultura de seguridad del paciente (CSP) a patrones integrados comportamentales ya sean de manera individual o a nivel organizacional, que se basan en creencias y valores, cuyo objetivo se centra en disminuir los daños causados por las atenciones en salud.²⁰

Son patrones conductuales, valores, competencias, actitudes y percepciones que tiene una entidad en relación a la gestión de la seguridad. Las entidades con una cultura sobresaliente tienen como características; la comunicación centrada en confiar entre ellos, cree en el valor de la seguridad y tienen confianza en los efectos positivos de las actividades de prevención.²¹

El personal de salud como las organizaciones puede identificar errores, tomar acciones para corregirlos y aprender de estos. Los beneficios que se esperan de la práctica en los servicios sanitarios son: Disminuir potencialmente la frecuencia y la magnitud de los incidentes, mediante la mayor cantidad de reportes y aprendizajes; la reducción de los daños físicos y psicológicos que puedan surgir en los pacientes, mediante las acciones realizadas para la prevención de errores y la comunicación abierta de los sucesos que se presenten; fortalecimiento de la gestión de los recursos mediante óptimas evaluaciones de los riesgos y los cambios de las acciones en las atenciones sanitarias como aprendizaje de los incidentes ya notificados; la disminución de los gastos económicos y sociales a causa de incidentes , dentro de ello se incluye la pérdida de horas laborales y servicios por invalidez; identificar actitudes en las labores y organización en general como acciones importantes para fortalecer la seguridad.²²

Después de desarrollar definiciones de la cultura de seguridad del paciente es necesario la aplicación de estrategias sanitarias para la prevención, reducción y control del daño relacionadas a la atención en salud en los ámbitos en los que se aplique: A nivel profesional: La aplicación de prácticas, guías y normativas para el desarrollo de procedimientos seguros con el fin de disminuir el daño al usuario. A nivel institucional, Adaptar los establecimientos de salud conforme a normativas y estándares para reducir el riesgo para el usuario, el profesional de

la salud y población en general. A nivel político, plantear y desarrollar estrategias que enmarquen a la seguridad como el núcleo de las políticas sanitarias tanto a nivel nacional como internacional.^{23, 24}

Si hablamos de seguridad del paciente es necesario mencionar lo opuesto a la seguridad, dentro de ello tenemos los conceptos de riesgo, peligro y daños implicados con la prestación de atención:²⁵

Los daños asociados a la atención sanitaria, son aquellos que ocurren durante la ejecución de servicios o atención sanitaria o que se imparten de estos, cabe aclarar que no se encuentran dentro de este grupo a aquellas complicaciones esperadas de una patología o una lesión.²⁶

Incidente relacionado con la seguridad del paciente, Surge como aquella acción/eventualidad el cual podría haber originado o que anteriormente ocasionó un daño no necesario al usuario.²⁷

Cuasi incidente, Se conceptualiza como aquella acción o situación que podría haber desencadenado un evento adverso, pero por circunstancias de azar o por intervenciones inmediatas no llega a alcanzar al paciente; los cuasi incidentes sirven para tomar conciencia y tomar medidas de prevención para que no vuelvan a pasar.²⁸

Incidente sin daño, Es aquel evento que ocurre de una atención, llega al paciente pero no le genera algún daño o mal.²⁹

Evento adverso, Hace referencia a un incidente que ocasiona un tipo de daño al paciente, cabe resaltar que es no intencional.³⁰

Evento adverso centinela, Es aquel evento de gran proporcionalidad, implica el deceso o daño físico o psicológico severo que va ser de por vida, el cual requerirá de tratamiento y cambios del estilo de vida.³¹

La OMS en unión con la Joint Commission International establecieron objetivos internacionales basados en la seguridad del paciente, estos están dirigidos para aquellos momentos de mayor riesgo para los pacientes. Los objetivos internacionales son la base principal para fortalecer la calidad y la seguridad del usuario, estas se dividen en 6 y son:

Identificar correctamente a los pacientes: Esta meta tiene como objetivo la prevención de errores que hacen referencia al usuario equivocado, ya sea en la administración de medicamentos, sangre o hemoderivados, toma de exámenes clínicos o cualquier otro procedimiento.

Mejorar la comunicación efectiva: Esta meta tiene como objetivo mantener una efectividad en la comunicación del personal de salud cuyo fin es prevenir errores por indicaciones que son dadas verbalmente o telefónica, toda orden que se recibe de manera verbal o telefónica debe ser registrada y corroborada tanto por el emisor y receptor ya que alguna falla en la comunicación puede terminar ocasionando daños en los pacientes.

Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo: Tiene como objeto prevenir el error con electrolitos concentrados, el cual son sustancias que deben ser controladas, resguardadas, etiquetadas y clasificadas para su identificación. Cada institución define su listado de medicamentos de alta vigilancia.

Garantizar la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y en el paciente correcto: Este objetivo se basa en la prevención de errores que están relacionados con intervenciones quirúrgicas en el lugar anatómico incorrecto, con procedimientos incorrectos y pacientes incorrectos, ello se produce por un inadecuado cumplimiento de protocolos universales y de la lista de chequeo de cirugía segura.

Reducir el riesgo de las infecciones asociadas a la atención médica: Su finalidad es disminuir las infecciones, a través de acciones de prevención como el lavado de manos, la difusión de los momentos del lavado de manos, monitoreo del uso racional de antibióticos y prevenir infecciones que están ligadas al uso de dispositivos invasivos.

Reducir el riesgo de daño causado por las caídas: Esta meta está enfocada a identificar, evaluar y reevaluar el riesgo que puede presentar el paciente a sufrir una caída, sobre todo tomar medidas de prevención. Es importante que el personal utilice escalas de medición validadas para identificar el riesgo de caídas para así tomar medidas necesarias.^{32, 33}

La seguridad del paciente según la Agency for Healthcare Research and Quality se agrupa en 12 dimensiones: ³⁴

1. Frecuencia de eventos notificados: Notificar eventos tiene utilidad para identificar incidentes o eventos adversos el cual tiene por objetivo fortalecer y mejorar a seguridad tomando como aprendizaje los errores para así evitar que vuelvan a ocurrir.²³

2. Percepción de seguridad: Es la información que se obtiene de la cultura de seguridad, el cual es percibida, sintetizada y concientizada por el personal con el fin de conocer su importancia para evitar poner en riesgo al paciente, mediante la aplicación de protocolos y conociendo el riesgo que implica su propia labor.³⁵

3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad: Se relaciona con percepciones y actitud del gerente y su personal, hacia el uso de herramientas que ayuden a identificar las áreas de mejora.³⁶

4. Aprendizaje organizacional/mejora continua: Surge como aquel proceso donde los participantes de la organización intercambian información, conocimientos, para así generar una mejora.³⁷

5. Trabajo en equipo en la unidad/servicio: Dentro del equipo sanitario contribuye a la SP, ya que disminuye la incidencia de errores, favorece la satisfacción del usuario y mejora el rendimiento del personal, y evita costos innecesarios generados por malas prácticas o complicaciones.³⁸

6. Franqueza en la comunicación: Es el nivel en que la comunicación es abierta, muchas veces los errores o incidentes no se notifican por el temor a la respuesta de los superiores, creyendo que puede haber represalias o despidos al notificar un incidente.³⁷

7. Feed-back y comunicación sobre errores: Fomentar intervenciones del equipo perteneciente a la organización donde su prioridad sea la cultura de seguridad y el aprendizaje.³⁹

8. Respuesta no punitiva a los errores: El profesional al realizar su notificación de incidentes o error cometido no debe recibir ningún tipo de represalias por

parte de la organización sino el apoyo y un plan de mejora para no repetir estos hechos.²³

9. Dotación de personal: La dotación de personal es aquel proceso que sirve para determinar la cantidad de profesionales que se requiere para impartir determinados servicios de calidad al usuario, ello concierne a un personal capacitado y preparado.⁴⁰

10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente: Las gerencias tienen como deber demostrar compromiso con la seguridad del paciente, ya que es indispensable para promover entornos seguros y promover la cultura entre el personal de salud, ya que ello favorecerá a la disminución de eventos adversos y el aprendizaje organizacional.⁴¹

11. Trabajo en equipo entre unidades: Consiste en unir fuerzas para cumplir un fin común, es la participación activa del personal de salud no solo de un servicio o unidad sino de la institución en conjunto, ya que muchas veces los pacientes son atendidos en los diferentes servicios de la institución y este trabajo favorece al usuario.³⁹

12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades: Muchas veces surgen por problemas de comunicación entre el personal, también se presentan cuando el paciente es trasladado de un servicio a otro, esto se debe a la pérdida de información debido a la mala técnica o metodología de reporte del paciente.³⁹

La gestión del riesgo (GR) son aquellos pasos o procesos que nos favorecen identificar riesgos para así aplicar medidas adecuadas para disminuir lo mínimamente posible los riesgos detectados y disminuir sus efectos, con el fin que se obtengan resultados esperados.²⁰

Por otro lado, la GR se ha convertido en una metodología muy usada en los servicios de salud. Tiene como principales objetivos el incremento de la calidad asistencial, mejorar la seguridad del usuario y del profesional de salud que la aplica para la disminución de gastos que se pueden evitar.⁴²

Si bien es cierto, la gestión de los riesgos clínicos tiene como pilar identificar, analizar y corregir las causas que provocan daños al paciente por el tratamiento médico o los cuidados administrados. Resulta imposible disminuir por completo el daño a los pacientes, ya que cualquier acción humana conlleva un margen de error; sin embargo se puede identificarlo, estudiarlo, controlarlo y minimizarlo.⁴³

Según Vargas D. la finalidad de la gestión del riesgo es detectar, estudiar los eventos adversos y la elaboración de estrategias enfocadas a la prevención del error, control y disminución del daño. Para que se produzca un error como final del eslabón está el personal de la salud quien comete el error, para que suceda el error debe haber un conjunto de fallos o errores latentes, que son ajenos al personal de salud que se considera como el responsable. Debido a ello, se debe analizar y prevenir los errores que se encuentran involucrados en el acto asistencial.⁴⁴

Los errores se clasifican de la siguiente manera: Según el área de atención o modelo centrado en la persona: Dentro de esta área tenemos a los errores clínicos que se subdividen en técnicos que son los que suceden en los procedimientos asistenciales, y los no técnicos son errores que no tienen que ver con la realización de procedimientos. Según los sistemas de atención o modelo centrado en el sistema: Dentro de esta área entendemos al error como un sistema en donde tenemos elementos y factores que en conjunto engloba el error y no solo lo ve o busca un solo responsable sino al conjuntos de factores que desencadenó el error.^{22,44,45}

Según Agra Y. las dimensiones de la gestión del riesgo son:

Fase 1: Identificación del riesgo: La identificación de riesgos se da mediante los sistemas y fuentes de información como la historia clínica, manifestación del personal de salud, indicadores, sistemas de vigilancia, sistema de notificaciones, buzón de reclamos, manifestación de los pacientes. Algunas técnicas usadas en esta fase son la lluvia de ideas, el diagrama de Ishikawa.⁴⁶

Fase 2: Análisis y evaluación del riesgo: En esta dimensión podemos reconocer la frecuencia, la importancia y la forma de evitar los riesgos y los factores que se asocian. Los riesgos que se identifican se analizan de manera proactiva para

poder reconocerlos y para la prevención de riesgos, de manera reactiva se analizan los incidentes ya sucedidos para que no vuelvan a suceder. Algunas técnicas que se pueden utilizar en esta fase son: referentes al análisis proactivo, matriz de riesgos y análisis de barreras, el análisis modal de fallos y efectos; en el análisis reactivo, análisis causa raíz.⁴⁶

Fase 3: Planificación e implementación de la respuesta a los riesgos: Posterior a realizar la identificación, analizar los riesgos, se implementa un plan de contingencias que tendrá la solución a cada situación:

Evitar los riesgos: como por ejemplo los medicamentos LASA cuyas siglas se encuentran en inglés; son aquellas drogas similares en apariencia y con fonética de sus nombres que se escuchan parecido.

Reducir el riesgo: por ejemplo con la capacitación del personal de salud.

Minimizar las consecuencias del riesgo: Notificar oportunamente los eventos adversos no solo a la institución sino al paciente y familiares.

Cabe resaltar que en esta fase una comunicación y liderazgo son esenciales ya que, los planes de mejora deben estar bien definidos, las personas o los factores correctamente identificados, métodos y fechas establecidas. Los directivos de la organización o el comité de eventos adversos son los encargados de liderar en esta fase ya que son los implicados de reunir a los profesionales implicados, acordar acciones, hacer seguimiento e informar los aciertos al equipo.⁴⁶

Fase 4: Seguimiento y revisión: Esta fase es muy importante ya que se realiza la monitorización de las acciones implementadas, se comprueba el alcance de los objetivos planteados y se elabora los informes. La verificación del plan permite controlar otros riesgos. Las herramientas que se pueden utilizar en esta fase son los gráficos de control para el seguimiento de indicadores que valoran el cumplimiento de las acciones implementadas. También, es de suma importancia la difusión de los resultados y logros obtenidos a los miembros de la institución, por otro lado, sacar lo mejor de cada lección aprendida contribuirá a reforzar la cultura de seguridad.^{23, 44}

Si bien es cierto, la seguridad del paciente es un reto grande para el personal de salud, sin embargo, los profesionales de enfermería cumplen un rol muy importante ya que ocupan un lugar donde pueden obtener e intercambiar información con los pacientes y el personal de salud. El aporte del gremio de las enfermeras tiene un impacto positivo en la seguridad y en la disminución de los eventos adversos puesto que ellas se encargan de coordinar y acondicionar entornos donde se pueden implementar políticas multidisciplinarias, sobre todo influyen en el cumplimiento de estas, tienen mayor contacto con el paciente, conocen ampliamente la situación de la calidad de atención y tienden a crear iniciativas de mejora.⁴⁷

El proceso de atención de enfermería, tiene como sustento teorías de enfermería para su ejecución en la práctica, es así que podemos destacar a la teórica Florence Nightingale quien en compañía de 38 enfermeras voluntarias fue enviada a la Guerra de Crimea, en donde ayudaron a la reforma, limpieza y mejora del entorno en donde se atendían a los heridos, es así que recolecta datos sistematizando la práctica del control de riesgos, creando así el diagrama de área polar plasmando la tasa de mortalidad y demostrando que mejorando la higiene y el entorno las muertes disminuirían ya que se podían prevenir; es por ello, que el rol de la enfermera en las variables de estudio tiene fundamento científico en diversas teorías.^{48, 49}

Considerando el gran aporte del gremio de enfermería hacia las variables de estudio se puede concluir en: “una cultura centrada en el profesional de enfermería, favorece a la disminución del riesgo y mejoras de la calidad”.

III. METODOLOGÍA

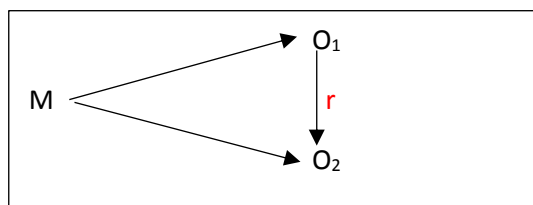
3.1 Tipo y diseño de investigación

La investigación fue básica, bajo enfoque cuantitativo, por esta razón, se recolectó datos y se usó la estadística, tipo correlacional, porque buscó conocer la relación que existe entre las variables del estudio, el diseño fue No experimental, puesto que no se realizó manipulación de las variables y el corte Transversal, por ello el recojo de información se realizó en un momento determinado.⁵⁰

El siguiente esquema muestra el diseño de las variables:

Variable 1: Cultura de Seguridad del Paciente

Variable 2: Gestión del Riesgo



Donde:

M = Enfermeras del servicio de hospitalización de una clínica privada – Lima, 2021.

O₁ = Variable 1: Cultura de Seguridad del Paciente.

O₂ = Variable 2: Gestión del Riesgo.

r = Relación de variables de estudio.

3.2 Variables y operacionalización

Variable 1: Según la OMS, la cultura de seguridad del paciente son patrones integrados comportamentales ya sean de manera individual o a nivel organizacional, que se basan en creencias y valores, cuyo objetivo se centra en disminuir el daño a causa de la atención en salud.^{16, 20}

Variable 2: Según Agra Y., la gestión del riesgo son aquellos pasos o procesos que nos favorecen identificar riesgos para así aplicar medidas adecuadas para

disminuir lo mínimamente posible los riesgos detectados y disminuir sus efectos, con el fin que se obtengan resultados esperados.^{20, 23,44}

Ver anexo 1 y 2 cuadro de operacionalización de las variables.

3.3 Población, muestra y muestreo

Población: Estuvo conformada por 50 enfermeras del servicio de hospitalización de una clínica privada.

Muestra: Estuvo conformada por 50 enfermeras; el cual incluye en su totalidad a la población de la investigación.

Muestreo: Se empleó el muestreo No Probabilístico de tipo intencional porque en este caso los individuos son elegidos de acuerdo a criterio del investigador.⁵¹

Criterios de Selección:

Criterios de Inclusión:

- Enfermeros asistenciales del servicio de hospitalización.

Criterios de Exclusión:

- Enfermeras en periodo de licencia y descanso medico por enfermedad, en las fechas de recolección de datos.
- Profesionales de enfermería que tengan menos de 1 mes laborando en la clínica.

Unidad de Análisis: conformada por cada enferma del servicio de hospitalización de una clínica privada.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó en la primera variable cultura de seguridad del paciente la técnica de la encuesta cuyo instrumento será el cuestionario llamado Hospital Survey For Patient Safety el cual para fines del estudio fue adaptado, modificado y validado por el investigador, se divide en 12 dimensiones y 42 ítems con alternativas de respuestas tipo Likert.³⁴

Para la segunda variable gestión del riesgo, la técnica fue la encuesta cuyo instrumento será el cuestionario del autor Mosqueira R., el cual para fines del estudio fue adaptado, modificado y validado por el investigador; el cuestionario se divide en 4 dimensiones y 22 ítems con alternativas de respuesta tipo Likert.¹²

Variable 1 – Ficha Técnica

Instrumento: Cuestionario Hospital Survey For Patient Safety – Cultura de seguridad del paciente.

Autor: Agency for Healthcare Research and Quality de EE.UU.

Adaptado por: Br Guerrero Mendoza, Yuriko Alexandra

Lugar: Lima.

Objetivo: Recolectar información sobre la variable “Cultura de seguridad del paciente”

Dimensiones: 12

Validez: Validez de contenido

Confiabilidad: Consistencia interna – Alfa de Cronbach

Ítems: 42

Escalas:

Siempre, Casi Siempre, A veces, Casi Nunca, Nunca

Niveles y rangos:

Positiva 155 - 210

Neutral 99 – 154

Negativa 42 - 98

Tiempo: 10 minutos

Variable 2 – Ficha Técnica

Instrumento: Cuestionario Gestión del riesgo.

Autor: Mosqueira Moreno, Roberto Pelayo.

Adaptado por: Br Guerrero Mendoza, Yuriko Alexandra

Lugar: Lima.

Objetivo: Recolectar información sobre la variable “Gestión del riesgo”

Dimensiones: 4

Validez: Validez de contenido

Confiabilidad: Consistencia interna – Alfa de Cronbach

Ítems: 22

Escalas:

Siempre, Casi siempre, A veces, Casi nunca, Nunca

Niveles y rangos:

Deficiente 22 - 51

Regular 52 – 81

Buena 82 – 110

Tiempo: 10 minutos

Validez y confiabilidad:

Según Hernández R., se conceptualiza a la validez como la capacidad del instrumento para medir realmente la variable en estudio, en esta investigación se optó por el juicio de expertos que pertenece a la validez de contenido.⁵⁰

Se consideró los aspectos:

Tabla 01:

Validez de contenido mediante juicio de expertos para los instrumentos de Cultura de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo.

Expertos	Pertinencia	Relevancia	Claridad
Mg. Jimmy Carlos Orihuela Salazar	Sí	Sí	Sí
Mg. Juan José Gabriel Ártica Martínez	Sí	Sí	Sí
Dra. Yolanda Josefina Huayta Franco	Sí	Sí	Sí

Por otro lado, la confiabilidad de un instrumento hace referencia en la obtención de los mismos resultados cuando se aplica de manera repetida el instrumento al mismo individuo, se utilizó el Coeficiente Alfa de Cronbach que pertenece a la confiabilidad de consistencia interna, el cual a mayor cercanía tenga al valor de 1 más fiabilidad presenta el instrumento.⁵⁰ Ver anexo 8

Tabla 02:

Fiabilidad de la Variable: Cultura de Seguridad del Paciente

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,834	42

INTERPRETACIÓN: Mediante el coeficiente Alfa de Cronbach se midió la fiabilidad del instrumento de la primera variable, obteniendo 0,834 para los 42 ítems, clasificándose como consistencia interna fuerte.

Tabla 03:

Fiabilidad de la Variable: Gestión del Riesgo

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,969	22

INTERPRETACIÓN: Mediante el coeficiente Alfa de Cronbach se midió la fiabilidad del instrumento de Gestión del Riesgo, obteniendo 0,969 para los 22 ítems, clasificándose como consistencia interna alta.

3.5 Procedimientos

Se envió a la institución donde se realizará la investigación la carta de presentación, donde explica los objetivos y fines del estudio; luego de validar y realizar la fiabilidad de los instrumentos, se hizo la recolección de la información aplicando los instrumentos de modo presencial y virtual durante los horarios de servicio de las enfermeras. Se elaboró en el programa Excel la base de datos y posteriormente se decodificó en la versión 26 del software SPSS.

3.6 Método de análisis de datos

En torno al análisis de datos, se desarrolló en la versión 26 del software estadístico SPSS, de los datos tabulados en el programa antes mencionado, se analizaron las variables mediante tablas de frecuencias y porcentajes con su respectivo gráfico de barras, donde se aplicó estadísticos descriptivos, tablas cruzadas, prueba de normalidad y prueba de correlación en las hipótesis planteadas.

3.7 Aspectos éticos

Fueron tomados en consideración el código de ética en investigación de la Universidad Cesar Vallejo, la Declaración de Helsinki y el Reporte de Belmont, se detalla:

Autonomía: Los enfermeros que participaron de la presente investigación se encontraron informados sobre los objetivos y beneficios de su participación. Será respaldado mediante el consentimiento informado.

Justicia: Los implicados en la muestra son autónomos en su participación del estudio de investigación, teniendo las mismas oportunidades, sin excepción alguna.

No maleficencia: Los resultados que se obtendrán de la aplicación de instrumentos no serán divulgados, serán mantenidos en el anonimato.

Beneficencia: Se reflejará en los hallazgos del presente estudio para su conocimiento y mejoría en dicho ámbito.

IV. RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos

4.1.1 Resultados de la variable Cultura de Seguridad del Paciente

Tabla 04:

	N	%
Negativa	2	4,0%
Neutral	41	82,0%
Positiva	7	14,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

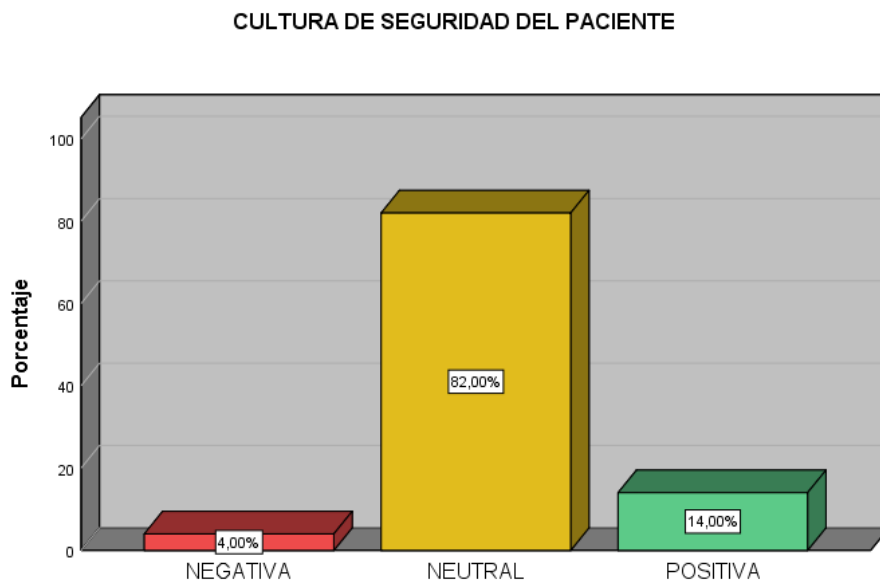


Figura 1: Gráfica de la variable cultura de seguridad del paciente como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 1 podemos observar que el 82% de los enfermeros tiene cultura de seguridad del paciente neutral, un 14% muestra cultura positiva y un 4% negativa.

4.1.2 Resultados de la dimensión Frecuencia de eventos notificados

Tabla 05:

	N	%
Negativa	4	8,0%
Neutral	20	40,0%
Positiva	26	52,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

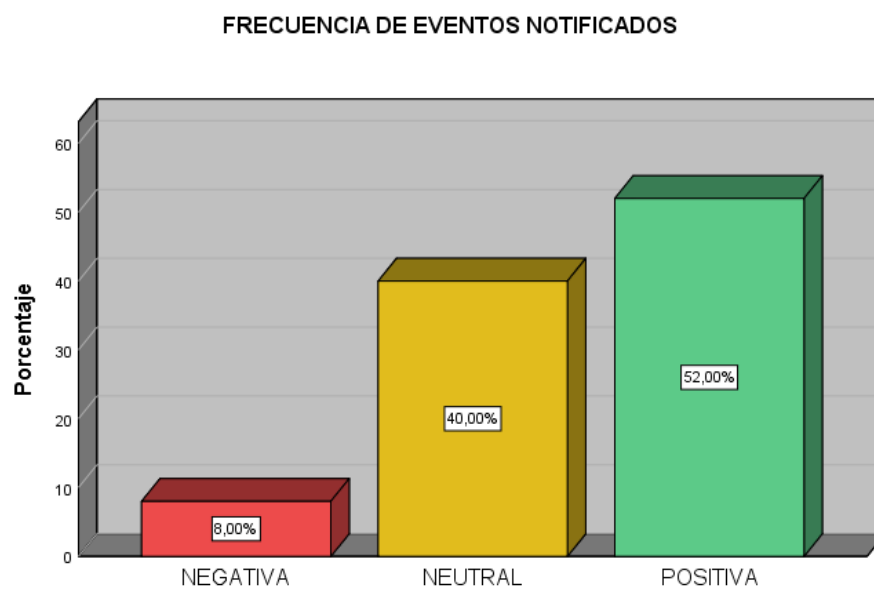


Figura 2: Gráfica de la dimensión frecuencia de eventos notificados como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 2 podemos observar al 52% de enfermeros con una cultura positiva frente a la frecuencia de eventos notificados, un 40% muestra una cultura neutral y un 8% negativa.

4.1.3 Resultados de la dimensión Percepción de seguridad

Tabla 06:

	N	%
Negativa	4	8,0%
Neutral	41	82,0%
Positiva	5	10,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

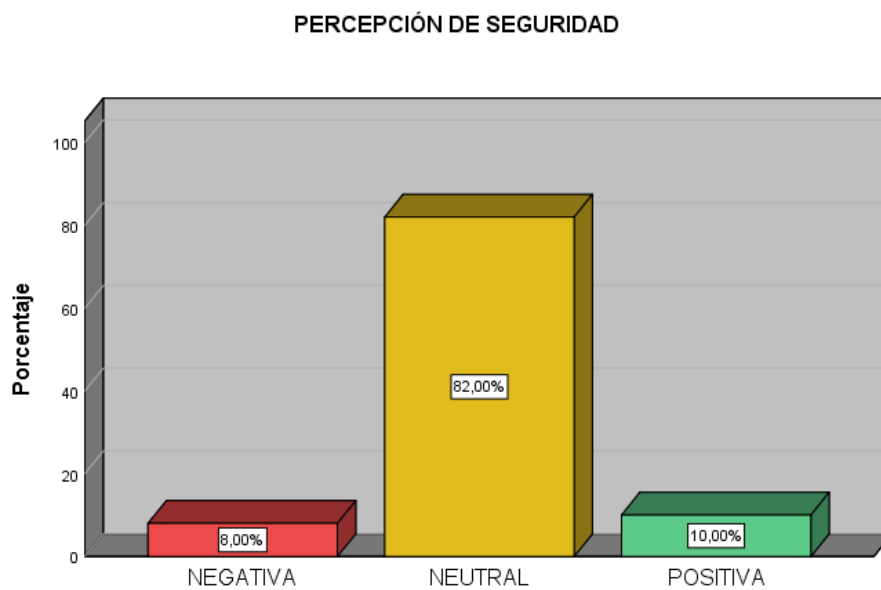


Figura 3: Gráfica de la dimensión percepción de seguridad como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 3 podemos observar al 82% de enfermeros con una cultura neutral frente a la percepción de seguridad, un 10% muestra una cultura positiva y un 8% negativa.

4.1.4 Resultados de la dimensión Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad

Tabla 07:

	N	%
Negativa	4	8,0%
Neutral	43	86,0%
Positiva	3	6,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN/SUPERVISIÓN DE LA UNIDAD/SERVICIO QUE FAVORECEN LA SEGURIDAD

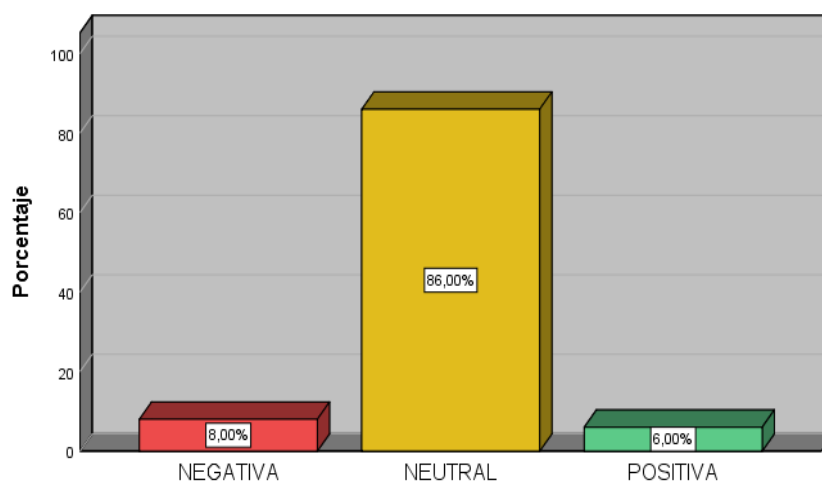


Figura 4: Gráfica de la dimensión expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorecen la seguridad como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 4 podemos observar al 86% de enfermeros con una cultura neutral frente a la dimensión estudiada, mientras el 8% tiene una cultura negativa y un 6% positiva.

4.1.5 Resultados de la dimensión Aprendizaje organizacional/mejora continua

Tabla 08:

	N	%
Neutral	8	16,0%
Positiva	42	84,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

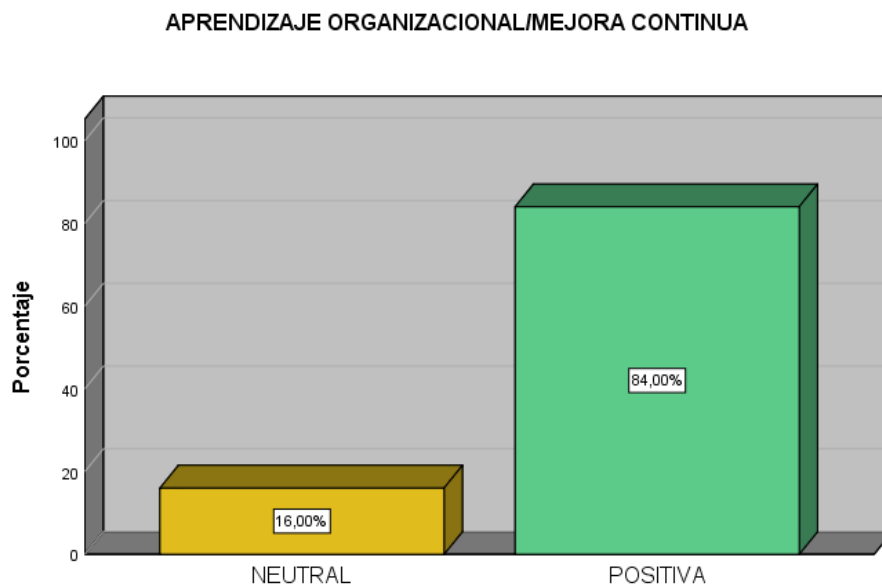


Figura 5: Gráfica de la dimensión aprendizaje organizacional/mejora continua como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 5 podemos observar al 84% de enfermeros con una cultura positiva frente al aprendizaje organizacional/mejora continua y el 16% una cultura neutral.

4.1.6 Resultados de la dimensión Trabajo en equipo en la unidad/servicio

Tabla 09:

	N	%
Negativa	2	4,0%
Neutral	14	28,0%
Positiva	34	68,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

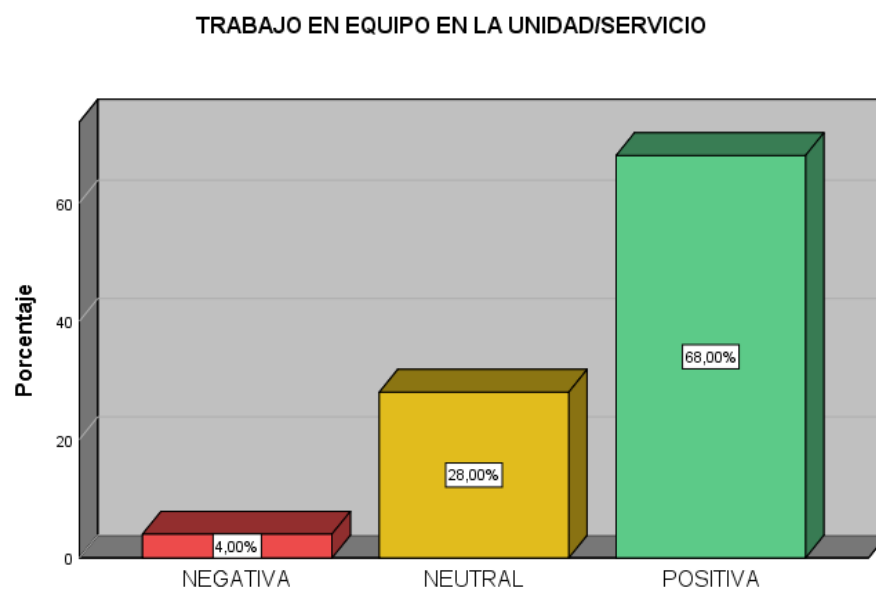


Figura 6: Gráfica de la dimensión trabajo en equipo en la unidad/servicio como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 6 podemos observar al 68% de enfermeros con una cultura positiva frente a la dimensión estudiada, mientras que el 28% una cultura neutral y el 4% negativa.

4.1.7 Resultados de la dimensión Franqueza en la comunicación

Tabla 10:

	N	%
Negativa	14	28,0%
Neutral	27	54,0%
Positiva	9	18,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

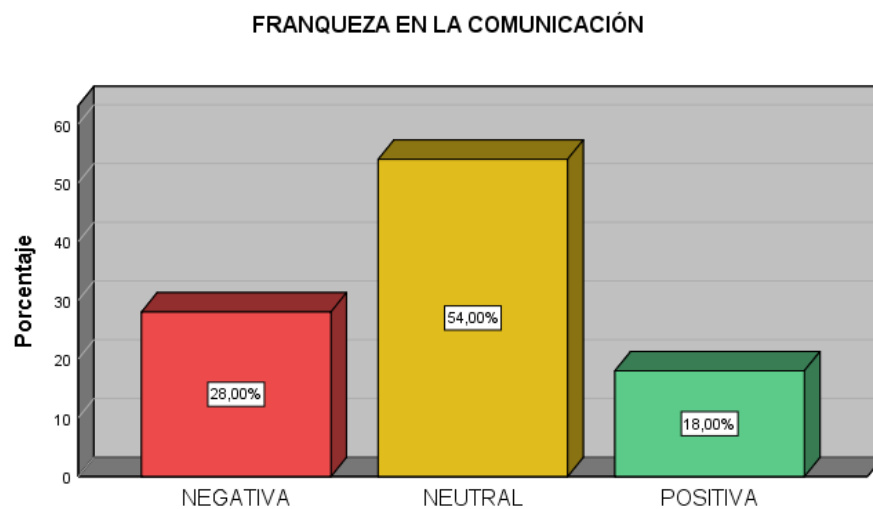


Figura 7: Gráfica de la dimensión franqueza en la comunicación como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 7 podemos observar al 54% de enfermeros con una cultura neutral frente a la franqueza en la comunicación, mientras que el 28% una cultura negativa y el 18% positiva.

4.1.8 Resultados de la dimensión Feed-back y comunicación sobre errores

Tabla 11:

	N	%
Negativa	4	8,0%
Neutral	11	22,0%
Positiva	35	70,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

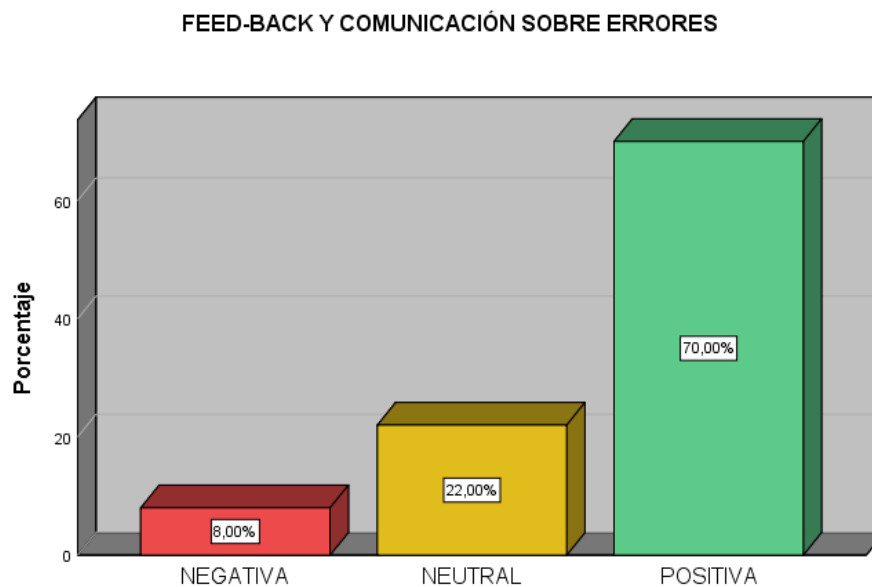


Figura 8: Gráfica de la dimensión Feed-back y comunicación sobre errores como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 8 podemos observar al 70% de enfermeros con una cultura neutral frente a la dimensión estudiada, mientras que el 22% una cultura neutral y el 8% negativa.

4.1.9 Resultados de la dimensión Respuesta no punitiva a los errores

Tabla 12:

	N	%
Negativa	31	62,0%
Neutral	12	24,0%
Positiva	7	14,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

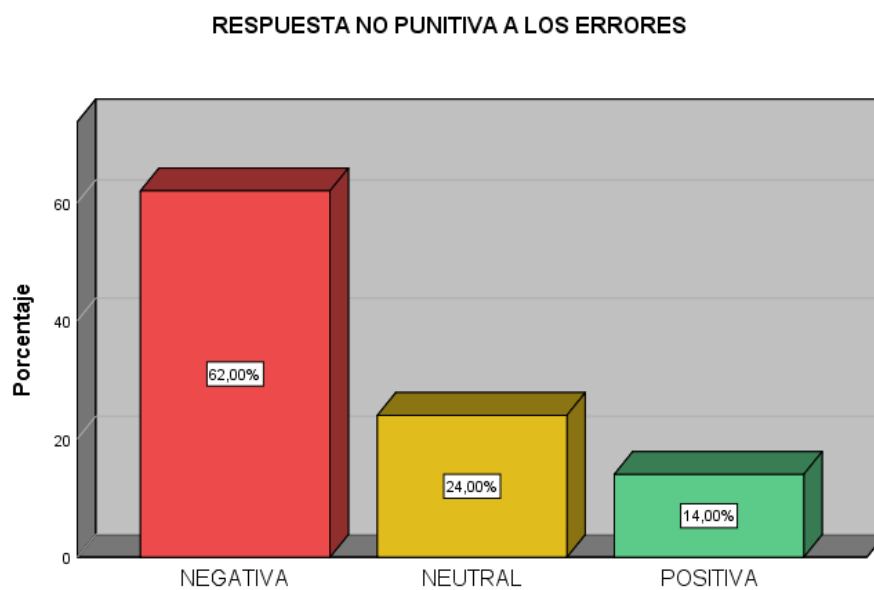


Figura 9: Gráfica de la dimensión respuesta no punitiva a los errores como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 9 podemos observar al 62% de enfermeros con una cultura negativa frente a la dimensión estudiada, mientras que el 24% una cultura neutral y el 14% positiva.

4.1.10 Resultados de la dimensión Dotación de personal

Tabla 13:

	N	%
Negativa	12	24,0%
Neutral	31	62,0%
Positiva	7	14,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

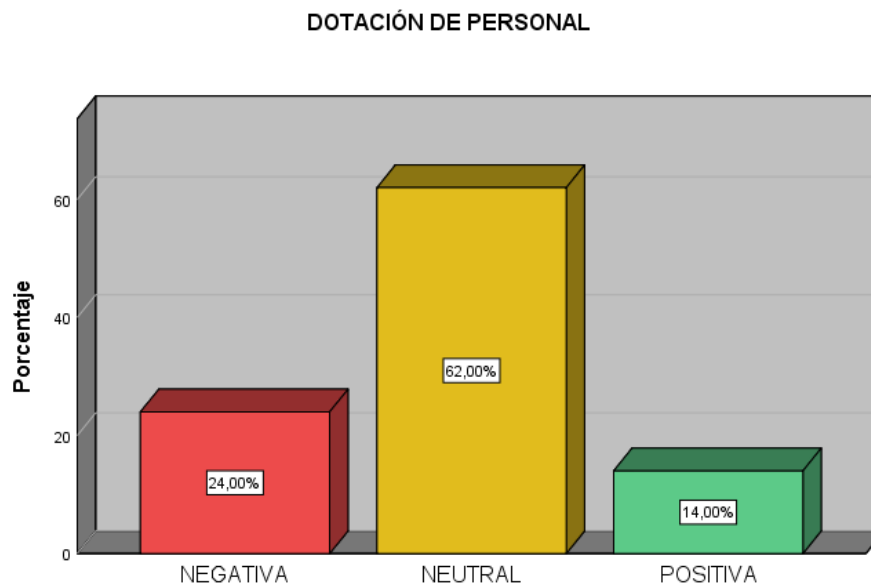


Figura 10: Gráfica de la dimensión dotación de personal como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 10 podemos observar al 62% de los enfermeros con una cultura neutral frente a la dimensión estudiada, mientras que el 24% una cultura negativa y el 14% positiva.

4.1.11 Resultados de la dimensión Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente

Tabla 14:

	N	%
Negativa	2	4,0%
Neutral	31	62,0%
Positiva	17	34,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

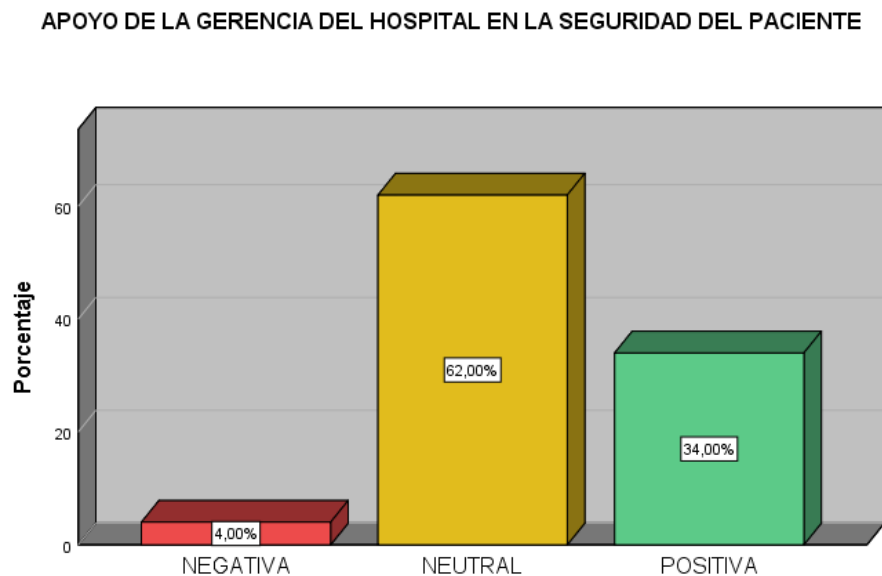


Figura 11: Gráfica de la dimensión apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 11 podemos observar que el 62% de los enfermeros presenta una cultura neutral frente a la dimensión estudiada, mientras que el 34% una cultura positiva y el 4% negativa.

4.1.12 Resultados de la dimensión Trabajo en equipo entre unidades

Tabla 15:

	N	%
Negativa	6	12,0%
Neutral	39	78,0%
Positiva	5	10,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

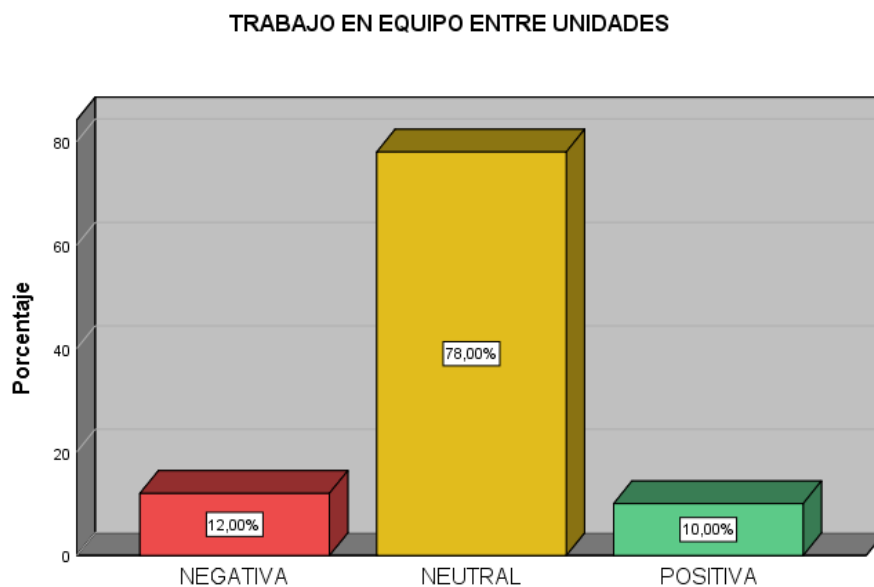


Figura 12: Gráfica de la dimensión trabajo en equipo entre unidades como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 12 podemos observar que el 78% de los enfermeros presenta una cultura neutral frente al trabajo en equipo entre unidades, mientras que el 12% una cultura negativa y el 10% positiva.

4.1.13 Resultados de la dimensión Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/idades

Tabla 16:

	N	%
Negativa	27	54,0%
Neutral	16	32,0%
Positiva	7	14,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Cultura de Seguridad del Paciente

PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES ENTRE SERVICIOS/UNIDADES

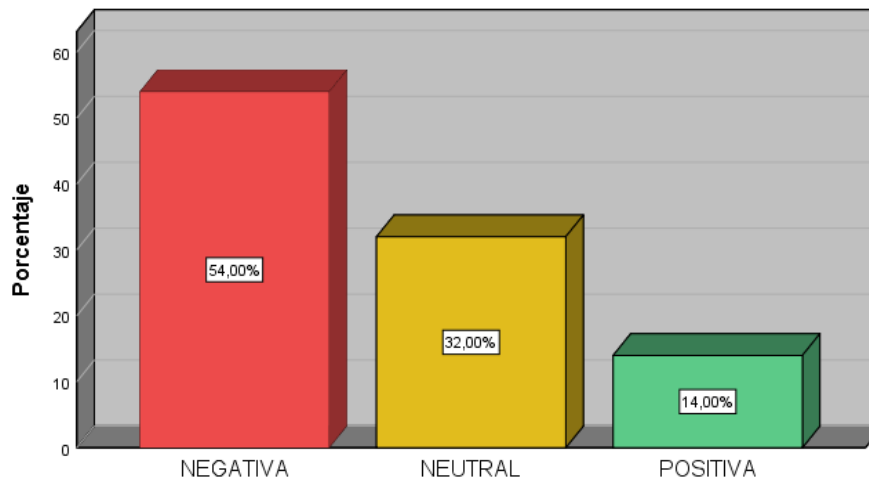


Figura 13: Gráfica de la dimensión problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 13 podemos observar al 54% de los enfermeros con una cultura negativa frente a la dimensión estudiada, mientras que el 32% una cultura neutral y el 14% positiva.

4.1.14 Resultados de la variable Gestión del Riesgo

Tabla 17:

	N	%
Regular	4	8,0%
Buena	46	92,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Gestión del Riesgo

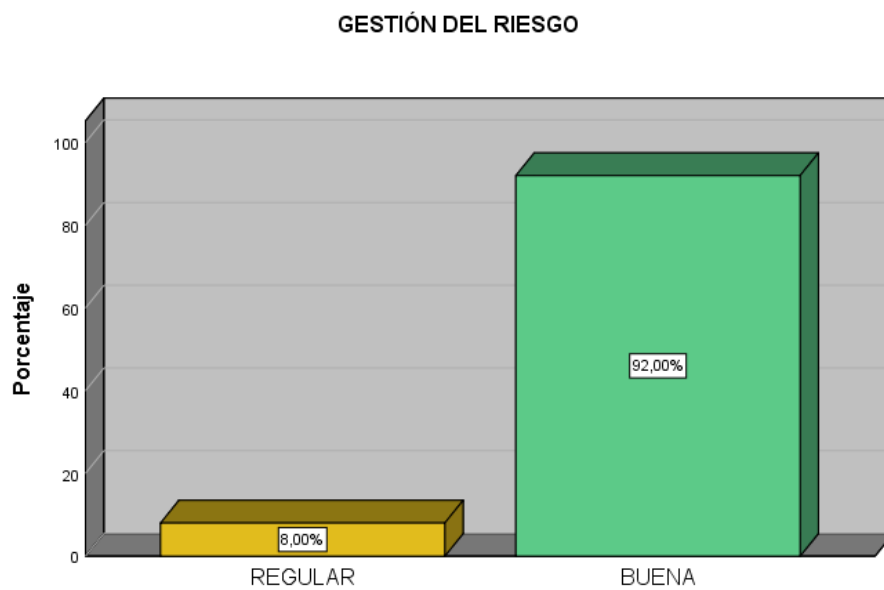


Figura 14: Gráfica de la variable gestión del riesgo como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 14 evidenciamos al 92% de los enfermeros con una gestión del riesgo buena, mientras que un 8% regular.

4.1.15 Resultados de la dimensión Identificación del riesgo

Tabla 18:

	N	%
Regular	4	8,0%
Buena	46	92,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Gestión del Riesgo

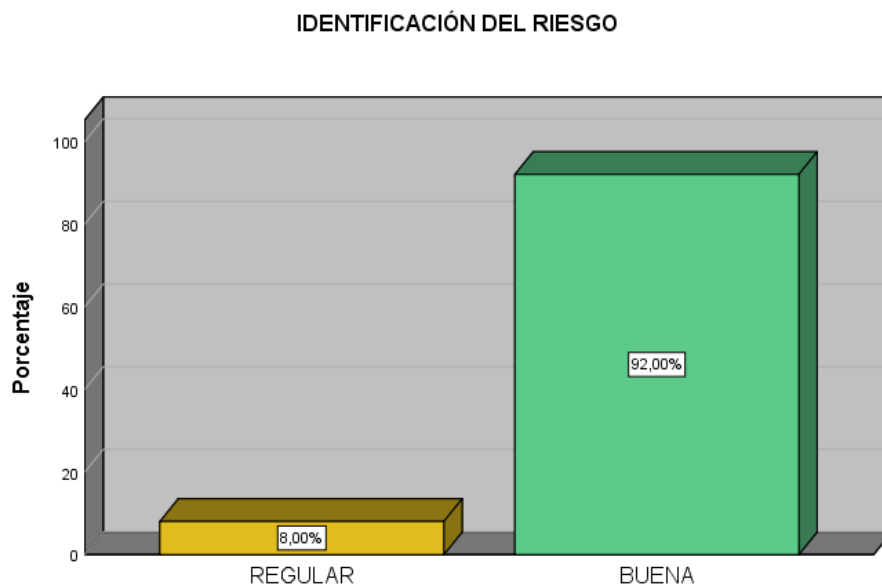


Figura 15: Gráfica de la dimensión identificación del riesgo como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 15 podemos observar que el 92% de los enfermeros tiene una gestión del riesgo buena en la dimensión identificación, mientras que un 8% regular.

4.1.16 Resultados de la dimensión Análisis y evaluación del riesgo

Tabla 19:

	N	%
Regular	6	12,0%
Buena	44	88,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Gestión del Riesgo

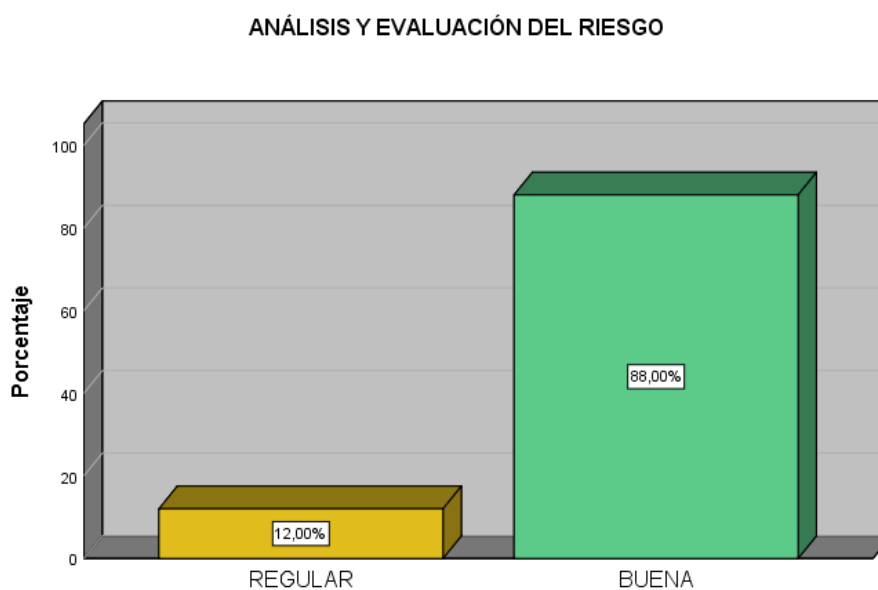


Figura 16: Gráfica de la dimensión análisis y evaluación del riesgo como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 16 podemos observar que el 88% de los enfermeros tiene una gestión del riesgo buena en la dimensión análisis y evaluación del riesgo, mientras que un 12% regular.

4.1.17 Resultados de la dimensión Planificación e implementación de la respuesta a los riesgos

Tabla 20:

	N	%
Deficiente	4	8,0%
Regular	9	18,0%
Buena	37	74%
Total	50	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario Gestión del Riesgo

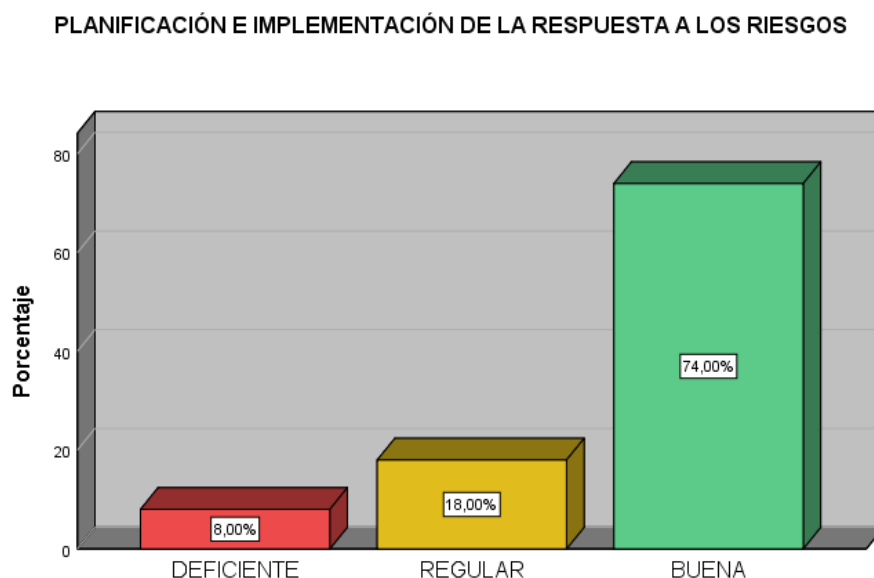


Figura 17: Gráfica de la dimensión planificación e implementación de la respuesta a los riesgos como frecuencia.

INTERPRETACIÓN: En la figura 17 podemos observar que el 74% de los enfermeros tiene una gestión del riesgo buena en la dimensión planificación e implementación de la respuesta a los riesgos, mientras que un 18% regular y un 8% deficiente.

4.1.18 Resultados de la dimensión Seguimiento y revisión

Tabla 21:

	N	%
Deficiente	6	12,0%
Regular	7	14,0%
Buena	37	74%
Total	50	100,0%

Fuente: *Elaboración propia – Cuestionario Gestión del Riesgo*

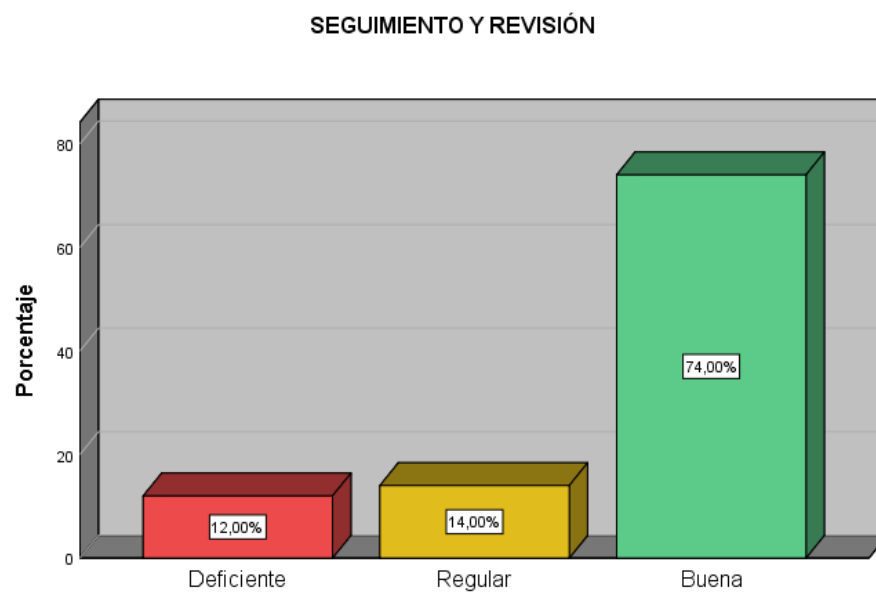


Figura 18: *Gráfica de la dimensión seguimiento y revisión como frecuencia.*

INTERPRETACIÓN: En la figura 18 podemos observar que el 74% de los enfermeros tiene una gestión del riesgo buena en la dimensión seguimiento y revisión, mientras que un 14% regular y un 12% deficiente.

4.2 Tablas cruzadas de las variables de estudio

Tabla 22:

Tabla cruzada para la Cultura de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo

Cultura de Seguridad del Paciente		Gestión del Riesgo		
		Regular	Buena	Total
Negativa	Recuento	2	0	2
	% del total	4,0%	0,0%	4,0%
Neutral	Recuento	2	39	41
	% del total	4,0%	78,0%	82,0%
Positiva	Recuento	0	7	7
	% del total	0,0%	14,0%	14,0%
Total	Recuento	4	46	50
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario cultura de seguridad del paciente y gestión del riesgo.

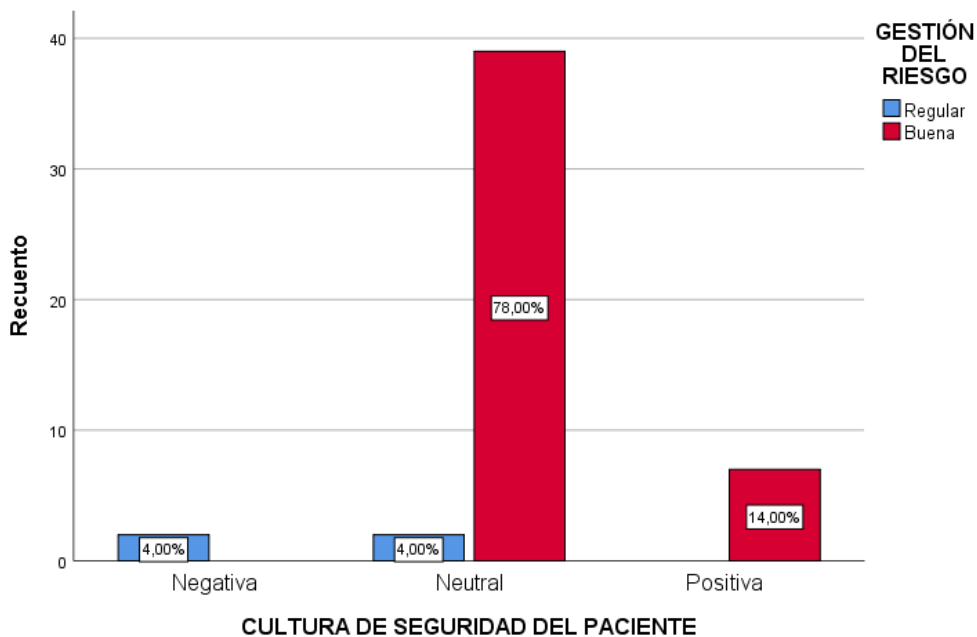


Figura 19: Gráfica de frecuencia de la variable cultura de seguridad del paciente y gestión del riesgo.

INTERPRETACIÓN: En la tabla 22 figura 19 podemos observar que en el nivel negativo de cultura de seguridad del paciente el 4% de los enfermeros con nivel regular de gestión del riesgo. Dentro del nivel neutral de cultura de seguridad del paciente se encuentra un 4% de nivel regular de gestión del riesgo y un 78% en el nivel bueno de gestión del riesgo. En el nivel positivo de cultura de seguridad del paciente se encuentra un 14% de nivel bueno de gestión del riesgo.

Tabla 23:

Tabla cruzada para la dimensión Identificación del riesgo y la variable Cultura de Seguridad del Paciente

Cultura de Seguridad del Paciente		Identificación del Riesgo		
		Regular	Buena	Total
Negativa	Recuento	2	0	2
	% del total	4,0%	0,0%	4,0%
Neutral	Recuento	2	39	41
	% del total	4,0%	78,0%	82,0%
Positiva	Recuento	0	7	7
	% del total	0,0%	14,0%	14,0%
Total	Recuento	4	46	50
	% del total	8,0%	92,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario cultura de seguridad del paciente y gestión del riesgo.

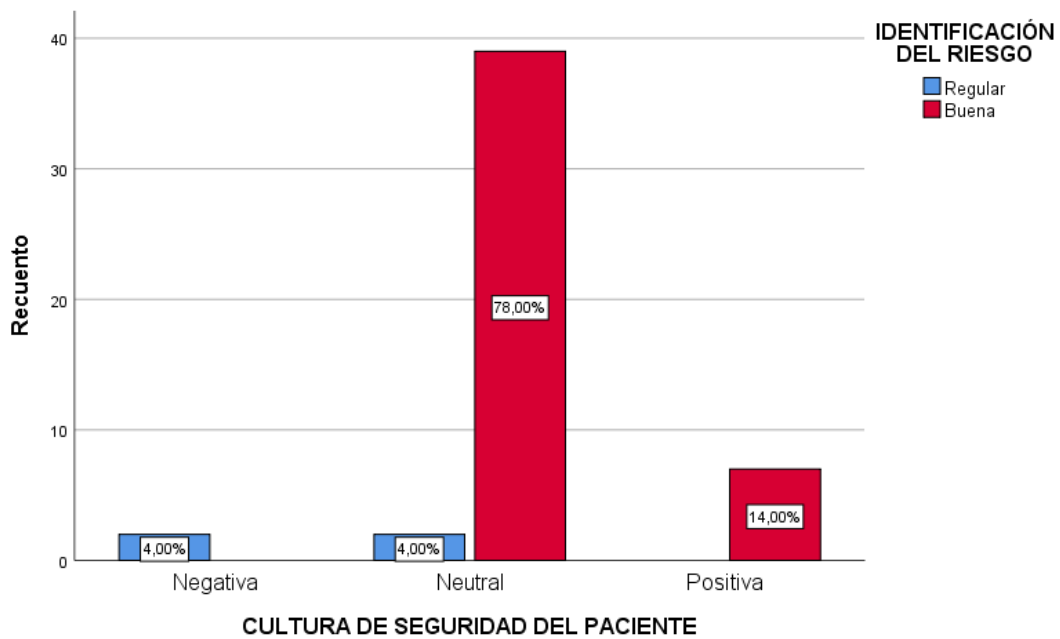


Figura 20: Gráfica de frecuencia de la variable cultura de seguridad del paciente y la dimensión identificación del riesgo.

INTERPRETACIÓN: En la tabla 23 figura 20 podemos observar que en el nivel negativo de cultura de seguridad del paciente el 4% de los enfermeros con nivel regular de identificación del riesgo. Dentro del nivel neutral de cultura de seguridad del paciente se encuentra un 4% de nivel regular de identificación del riesgo y un 78% en el nivel bueno. En el nivel positivo de cultura de seguridad del paciente se encuentra un 14% de nivel bueno de identificación del riesgo.

Tabla 24:

Tabla cruzada para la dimensión Análisis y evaluación del riesgo y la variable Cultura de Seguridad del Paciente

Cultura de Seguridad del Paciente		Análisis y Evaluación del Riesgo		
		Regular	Buena	Total
Negativa	Recuento	2	0	2
	% del total	4,0%	0,0%	4,0%
Neutral	Recuento	4	37	41
	% del total	8,0%	74,0%	82,0%
Positiva	Recuento	0	7	7
	% del total	0,0%	14,0%	14,0%
Total	Recuento	6	44	50
	% del total	12,0%	88,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario cultura de seguridad del paciente y gestión del riesgo.

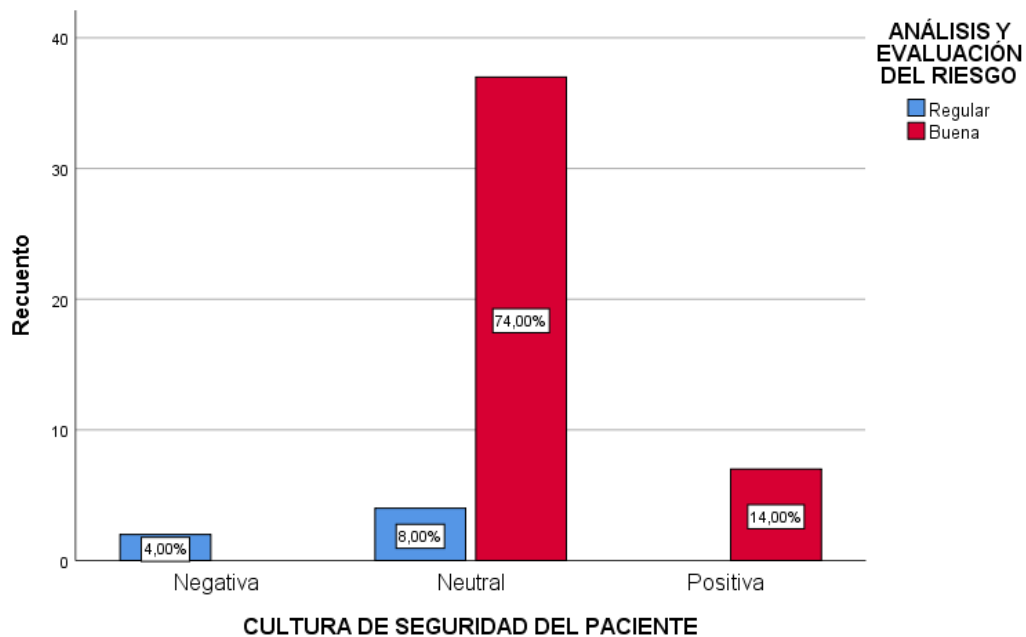


Figura 21: Gráfica de frecuencia de la variable cultura de seguridad del paciente y la dimensión análisis y evaluación del riesgo.

INTERPRETACIÓN: En la tabla 24 figura 21 se puede evidenciar que en el nivel negativo de cultura de seguridad del paciente el 4% de los enfermeros con nivel regular de análisis y evaluación del riesgo. Dentro del nivel neutral de cultura de

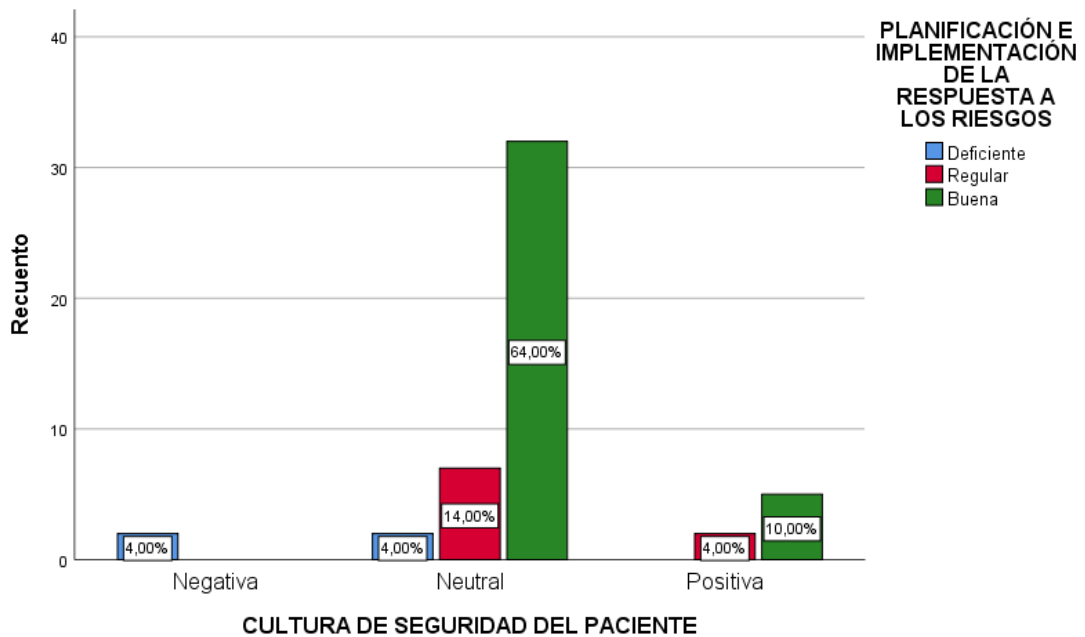
seguridad del paciente se encuentra un 8% de nivel regular de análisis y evaluación del riesgo y un 74% en el nivel bueno. En el nivel positivo de cultura de seguridad del paciente se encuentra un 14% de nivel bueno de análisis y evaluación del riesgo.

Tabla 25:

Tabla cruzada para la dimensión Planificación e implementación de la respuesta a los riesgos y la variable Cultura de Seguridad del Paciente

Cultura de Seguridad del Paciente		Planificación e Implementación de la respuesta a los Riesgos			
		Deficiente	Regular	Buena	Total
Negativa	Recuento	2	0	0	2
	% del total	4,0%	0,0%	0,0%	4,0%
Neutral	Recuento	2	7	32	41
	% del total	4,0%	14,0%	64,0%	82,0%
Positiva	Recuento	0	2	5	7
	% del total	0,0%	4,0%	10,0%	14,0%
Total	Recuento	4	9	37	50
	% del total	8,0%	18,0%	74,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario cultura de seguridad del paciente y gestión del riesgo.



CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
 Figura 22: Gráfica de frecuencia de la variable cultura de seguridad del paciente y la dimensión planificación e implementación de la respuesta a los riesgos.

INTERPRETACIÓN: En la tabla 25 figura 22 podemos evidenciar que en el nivel negativo de cultura de seguridad del paciente el 4% de los enfermeros con nivel deficiente de planificación e implementación de la respuesta a los riesgos. Dentro del nivel neutral de cultura de seguridad del paciente se encuentra un 4% de nivel deficiente de planificación e implementación de la respuesta a los riesgos, 14% nivel regular y un 64% en el nivel bueno. En el nivel positivo de cultura de seguridad del paciente se encuentra un 4% de nivel regular de planificación e implementación de los riesgos y un 10% en el nivel bueno.

Tabla 26:

Tabla cruzada para la dimensión Seguimiento y revisión y la variable Cultura de Seguridad del Paciente

Cultura de Seguridad del Paciente		Seguimiento y Revisión			
		Deficiente	Regular	Buena	Total
Negativa	Recuento	2	0	0	2
	% del total	4,0%	0,0%	0,0%	4,0%
Neutral	Recuento	4	5	32	41
	% del total	8,0%	10,0%	64,0%	82,0%
Positiva	Recuento	0	2	5	7
	% del total	0,0%	4,0%	10,0%	14,0%
Total	Recuento	6	7	37	50
	% del total	12,0%	14,0%	74,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia – Cuestionario cultura de seguridad del paciente y gestión del riesgo.

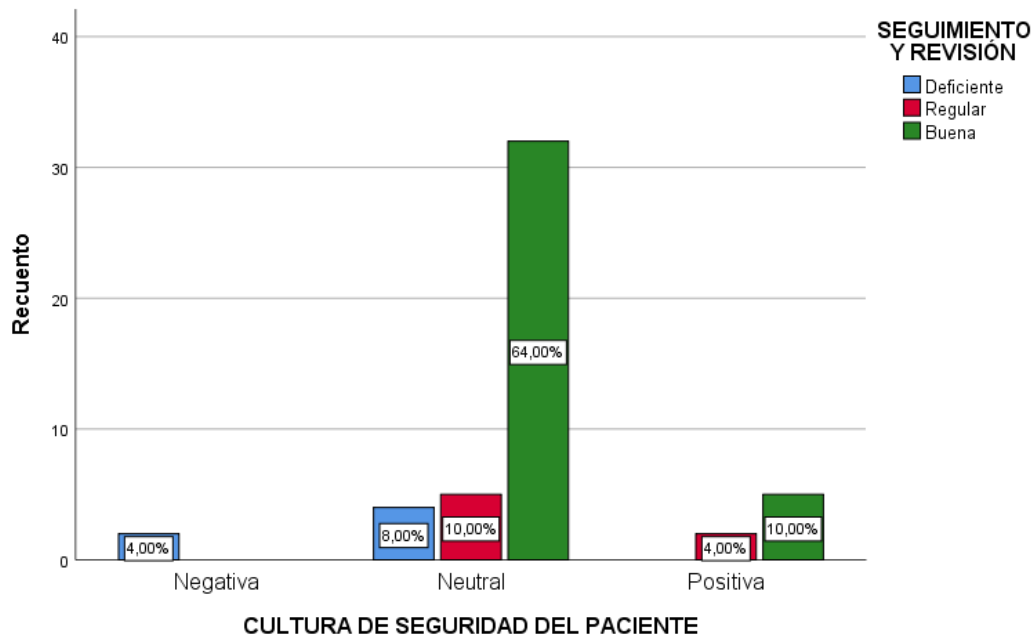


Figura 23: Gráfica de frecuencia de la variable cultura de seguridad del paciente y la dimensión seguimiento y revisión.

INTERPRETACIÓN: En la tabla 26 figura 23 podemos observar que en el nivel negativo de cultura de seguridad del paciente el 4% de los enfermeros con nivel deficiente de seguimiento y revisión. Dentro del nivel neutral de cultura de seguridad del paciente se encuentra un 8% de nivel deficiente de seguimiento y revisión, 10% nivel regular y un 64% en el nivel bueno. En el nivel positivo de cultura de seguridad del paciente se encuentra un 4% de nivel regular de seguimiento y revisión y un 10% en el nivel bueno.

4.3 Prueba de normalidad

La prueba estadística se determinó mediante la prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov:

Tabla 27:

	Kolmogorov - Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Cultura de Seguridad del Paciente	0,156	50	0,004
Gestión del Riesgo	0,192	50	0,000

Interpretación: Para determinar la prueba estadística se aplicó la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov, teniéndose como muestra a 50 individuos, se obtuvo una significancia menor a 0,05, la distribución de los datos no fue normal, es así que se aplicó la prueba no paramétrica, coeficiente Rho de Spearman.

4.4 Prueba de contrastación de hipótesis

4.4.1 Contrastación de la hipótesis general:

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

Tabla 28:

Tabla de contrastación de hipótesis general:

		Cultura de Gestión del Seguridad del Riesgo del Paciente		
Rho de Spearm an	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de	1,000	0,209
		correlación		
		Sig. (bilateral)		0,145
	N	50	50	
	Gestión del Riesgo	Coeficiente de	0,209	1,000
		correlación		
Sig. (bilateral)		0,145		
N	50	50		

Interpretación: En la tabla podemos observar una significancia de 0,145 el cual se interpreta que no existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021; es así que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

4.4.2 Contrastación de la hipótesis específica 1:

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión identificación en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión identificación en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

Tabla 29:

Tabla de contrastación de hipótesis específica 1:

			Cultura de Seguridad del Paciente	Dimensión Identificación
Rho de Spearman	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de correlación	1,000	0,096
		Sig. (bilateral)		0,509
		N	50	50
	Dimensión Identificación	Coeficiente de correlación	0,096	1,000
		Sig. (bilateral)	0,509	
		N	50	50

Interpretación: En la tabla, podemos observar una significancia de 0,509, podemos concluir que no existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión identificación en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021; es así que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

4.4.3 Contrastación de la hipótesis específica 2:

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión análisis y evaluación del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada-Lima, 2021.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión análisis y evaluación del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

Tabla 30:

Tabla de contrastación de hipótesis específica 2

		Cultura de Seguridad del Paciente	Dimensión Análisis y Evaluación del Riesgo
Rho de Spearman	Cultura de Seguridad del Paciente	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	0,370
		N	50
	Dimensión Análisis y Evaluación del Riesgo	Coefficiente de correlación	0,370
		Sig. (bilateral)	0,008
		N	50

Interpretación: En la tabla podemos determinar que el valor obtenido es de 0,370 en la correlación de Spearman de ambas variables de estudio, evidencia que hay una correlación débil y una significancia de 0,008 por lo que se interpreta que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Podemos concluir que existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del

paciente y la gestión del riesgo en la dimensión análisis y evaluación del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

4.4.4. Contrastación de la hipótesis específica 3:

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión planificación e implementación de la respuesta a los riesgos en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión planificación e implementación de la respuesta a los riesgos en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

Tabla 31:

Tabla de contrastación de hipótesis específica 3

			Cultura de Seguridad del Paciente	Dimensión Planificación e Implementación de la respuesta a los riesgos
Rho de Spearman	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de correlación	1,000	0,178
		Sig. (bilateral)		0,215
		N	50	50
Rho de Spearman	Dimensión Planificación e Implementación de la respuesta a los riesgos	Coeficiente de correlación	0,178	1,000
		Sig. (bilateral)	0,215	
		N	50	50

Interpretación: En la tabla, podemos observar una significancia de 0,215, podemos concluir que no existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión planificación e implementación de la respuesta a los riesgos en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021; es así que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

4.4.5 Contrastación de la hipótesis específica 4:

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión seguimiento y revisión en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión seguimiento y revisión en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

Tabla 32:

Tabla de contrastación de hipótesis específica 4

			Cultura de Seguridad del Paciente	Dimensión Seguimiento y Revisión
Rho de Spearman	Cultura de Seguridad del Paciente	Coeficiente de correlación	1,000	0,144
		Sig. (bilateral)		0,319
		N	50	50
	Dimensión Seguimiento y Revisión	Coeficiente de correlación	0,144	1,000
Sig. (bilateral)		0,319		
N		50	50	

Interpretación: En la tabla, podemos observar una significancia de 0,319, podemos concluir que no existe relación estadísticamente significativa entre la

cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión seguimiento y revisión en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021; es así que se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

V. DISCUSIÓN

En consideración con la actual investigación, el objetivo general planteado fue determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo, obteniéndose como resultados a través de las encuestas aplicadas a enfermeras del servicio de hospitalización:

Con respecto a los resultados se puede evidenciar que en el nivel negativo de cultura de seguridad del paciente el 4% de los enfermeros con nivel regular de gestión del riesgo. Dentro del nivel neutral de cultura de seguridad del paciente se encuentra un 4% de nivel regular de gestión del riesgo y un 78% en el nivel bueno de gestión del riesgo. En el nivel positivo de cultura de seguridad del paciente se encuentra un 14% de nivel bueno de gestión del riesgo.

Con los resultados antes mencionados, se obtuvo una significancia de 0,145 el cual se interpreta que no existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras; es así que se aceptamos nula relación entre las variables estudiadas; estos hallazgos difieren con los encontrados por Mosqueira R¹² que obtuvo a la evaluación de riesgos como regular con 61,5% y 53,8% a la seguridad del paciente como alta. El cual pudo concluir que existe relación entre la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020. A pesar de los resultados obtenidos, podemos contrastar con la teoría puesto que, según la OMS^{16, 17} las variables del estudio están inmersas entre sí, ya que comparten el objetivo de la prevención y reducción del riesgo, error y daño que pueden sufrir los usuarios en la atención de salud. Una prioridad fundamental de la materia es el mejoramiento continuo en base a la enseñanza mediante las experiencias adquiridas de los errores y eventos adversos; a su vez de manera individual las variables mencionadas se conceptualizan en que la cultura de seguridad del paciente son patrones integrados comportamentales ya sean de manera individual o a nivel organizacional, que se basan en creencias y valores, cuyo objetivo se centra en disminuir los daños causados por las atenciones en salud. Por otro lado, la gestión del riesgo actualmente es una metodología muy usada en los servicios de salud, ya que tiene como principales

objetivos mejorar la seguridad del paciente y el incremento de la calidad asistencial.

Así mismo en el objetivo específico 1, se obtuvo una significancia de 0,509, concluyendo que no existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión identificación; por ello el nivel de significancia nos indica la aceptación de la hipótesis nula y el rechazo de la alterna. Los resultados obtenidos discrepan con los de Mosqueira R¹² quien encontró una correlación moderada con una significancia de 0,000; es así que en su estudio llega a la conclusión que existe relación entre la dimensión identificación de la evaluación de gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020. Así también, Agra Y⁴⁶ nos indica que la identificación de riesgos se da mediante los sistemas y fuentes de información como la historia clínica, manifestación del personal de salud, indicadores, sistemas de vigilancia, sistema de notificaciones, buzón de reclamos, manifestación de los pacientes; por ello podemos decir, que la teoría nos indica que la cultura de seguridad del paciente se asocia con la identificación de riesgos puesto que esta dimensión se vuelve importante para el profesional de enfermería ya que identificando riesgos puede tomar medidas frente a las intervenciones que va a plasmar en su atención diaria; por ello se debe hacer hincapié en el fortalecimiento de aquellos sistemas de vigilancia y fuentes donde recogemos información para la identificación de riesgos.

En referencia al objetivo específico 2 con los datos recolectados, se puede determinar que el valor obtenido es de 0,370 en la correlación de Spearman de ambas variables de estudio, evidencia que hay una correlación débil y una significancia de 0,008, es por ello que aceptamos la hipótesis alterna, mientras que la nula se rechaza. Se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión análisis y evaluación del riesgo. Dichos resultados concuerdan con los de Mosqueira R¹² quien con una significancia de 0,000 encuentra relación estadísticamente significativa en la dimensión análisis y evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020. Es así que, Agra Y⁴⁶ nos indica que en esta dimensión

podemos reconocer la frecuencia, la importancia y la forma de evitar los riesgos y los factores que se asocian. Se puede deducir por los resultados obtenidos, que los enfermeros identifican de manera proactiva los riesgos para su prevención y más aún para analizar aquellos incidentes que no pudieron evitarse para que no vuelvan a suceder. Ello guarda relación con la cultura de seguridad del paciente ya que los profesionales sanitarios como las organizaciones pueden identificar errores, tomar acciones para corregirlos y aprender de estos. Los beneficios que se esperan de la práctica de la cultura de seguridad en los establecimiento de salud son; disminuir potencialmente la frecuencia y la magnitud de los incidentes de la seguridad del paciente, mediante la mayor cantidad de reportes y aprendizajes; fortalecimiento de la gestión de los recursos mediante óptimas evaluaciones de los riesgos y los cambios de las acciones en las atenciones sanitarias como aprendizaje de los incidentes ya notificados.

Acerca de los resultados en relación al objetivo específico 3, se observa una significancia de 0,215, concluyendo que no existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión planificación e implementación de la respuesta a los riesgos; es así que aceptamos nula relación entre la variable y la dimensión estudiada. Difiere con estos resultados Mosqueira R¹² ya que encuentra un nivel de significancia de 0,011 donde encuentra relación estadísticamente significativa en la dimensión implementación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en el área de emergencia de una IPRESS de Cajamarca 2020. Contrastando con las bases teóricas, Agra Y⁴⁶ nos indica que en esta dimensión es donde se implementan planes de contingencia para dar solución a cada situación que se presente, es así que, se puede deducir que la institución y el personal de enfermería presenta debilidades en la difusión de las acciones implementadas, los canales de comunicación y liderazgo son débiles para el cumplimiento de la planificación e implementación de la respuesta a los riesgos, lo que conlleva a que no se relacione con la seguridad del paciente ya que si se habla de esta variable hacemos mención a patrones conductuales, valores, competencias, actitudes y percepciones que tiene una entidad en relación a la gestión de la seguridad y riesgo, es así que, si el personal de salud no se identifica, conoce o aplica lo

planificado o implementado presentará falencias en la relación de las variables antes mencionadas.

Finalmente, en respuesta al objetivo específico 4, se observa una significancia de 0,319, concluyendo que no existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión seguimiento y revisión en enfermeras; es así que afirmamos nula relación entre la variable y la dimensión estudiada. A pesar de los datos obtenidos, Cruz A., Medina I., Ávila M⁷ en su estudio de investigación realiza un aporte importante ya que, menciona que la gestión del riesgo en su etapa final busca comprobar si sus planes aplicados fueron eficaces para tratar el riesgo, puesto que define si es necesario volver a ejecutar las fases o pasos de la gestión del riesgo, si no se observa eficacia en los resultados o si surgen nuevas necesidades respecto a la seguridad del paciente. Es así que se deduce que no se obtuvo relación entre la variable y la dimensión estudiada porque como se mencionó anteriormente la institución presenta debilidad en la planificación e implementación de la respuesta a los riesgos debido a ello si presenta debilidades en la difusión de las acciones implementadas, los canales de comunicación y liderazgo son débiles y como en todo proceso si se presenta un fallo en la cadena o sistema lo ideal es tomar medidas para reformular la dinámica del proceso.

Como apreciación personal frente a los hallazgos encontrados en la presente investigación, comparto la premisa de que la seguridad del paciente es un reto grande para los profesionales de la salud, sin embargo, el aporte del gremio de las enfermeras tiene un impacto positivo en nuestras variables de estudio. Podemos pensar que debido a la coyuntura que se vive actualmente este enfoque se torna como un nuevo desafío en donde se está aprendiendo nuevas formas de impartirlo; por otro lado, dichos resultados nos permite crear nuevas premisas para investigar factores inmersos al personal de salud o de la institución que pudieron intervenir en los resultados obtenidos.

VI. CONCLUSIONES

Primera: Se concluye en la hipótesis general una significancia de 0,145 el cual se interpreta que no existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

Segunda: Respecto a la hipótesis específica 1, se observa una significancia de 0,509, concluyendo que no existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión identificación en enfermeras del servicio de hospitalización.

Tercera: Con relación a la hipótesis específica 2, el valor obtenido es de 0,370 en la correlación de Spearman de ambas variables de estudio, evidencia que hay una correlación débil y una significancia de 0,008 por lo que se interpreta que se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión análisis y evaluación del riesgo en enfermeras.

Cuarta: Concerniente a la hipótesis específica 3, se observa una significancia de 0,215, concluyendo que no existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión planificación e implementación de la respuesta a los riesgos en enfermeras.

Quinta: Finalmente en la hipótesis específica 4, se observa una significancia de 0,319, concluyendo que no existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión seguimiento y revisión en enfermeras.

VII. RECOMENDACIONES

Primera: Se propone al director del área de la dirección de la clínica fomentar en el personal de salud en general con énfasis en el profesional de enfermería tener una cultura de seguridad del paciente y gestión de riesgos a través de la implementación de estrategias, lineamientos y normativas para conocimiento y aplicación de todo el personal, para así mejorar la calidad de atención, seguridad del paciente y el cumplimiento de los objetivos planteados por la dirección.

Segunda: Se recomienda a la subdirectora de enfermería y a las coordinadoras del servicio de hospitalización realizar capacitaciones relacionados a la gestión del riesgo donde el profesional de enfermería aprenda a reconocer, utilizar los sistemas y fuentes de información que favorezcan a la identificación de riesgos.

Tercera: Se sugiere a las coordinadoras de enfermería del servicio de hospitalización realizar talleres de entrenamiento continuo en relación al análisis y evaluación de riesgos, con el fin que el profesional de enfermería pueda actuar de manera proactiva para reconocerlos y prevenirlos, y de manera reactiva analizar aquellos incidentes ya sucedidos para que no se vuelvan a repetir.

Cuarta: Se aconseja al responsable de la unidad de seguridad del paciente y eventos adversos brindar capacitaciones, realizar auditorías y rondas de seguridad para evaluar y analizar si la planificación e implementación de la respuesta a los riesgos empleada por la clínica favorece al objetivo planteado o tomar medidas para replantearlas.

Quinta: Se recomienda a la subdirectora de enfermería y a los jefes inmediatos realizar el seguimiento y revisión de las acciones implementadas en el servicio de hospitalización, cuyo propósito sea corroborar el logro de objetivos y acciones planteadas, por otro lado, difundir al personal de salud los resultados y logros obtenidos resultado de sus acciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moya O. The Patient Safety in the Primary Health Care. An Activity that Could be Overlooked?. Rev. Gerencia y Políticas de Salud [en línea]. 2018 [Consultado 2021 Abril 12]; 17, (34): [16p.]. Disponible en: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=ddfca646-b299-471f-adde-83b8080a583e%40pdc-v-sessmgr03&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=135057247&db=a9h>
2. World Health Organization. Key facts [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 Setiembre 13. [Consultado 2021 Abril 12]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
3. Mondragon A., Rojas J., Gomez R., Rodriguez A., Mezones E. Patient safety: a component of health policies that must be strengthened in Latin America. Rev. Panamericana de Salud Pública [en línea]. 2012 [Citado: 2021 Abril 12]; 31, (6): [531]. Disponible en: <link.gale.com/apps/doc/A301479633/HRCA?u=univcv&sid=HRCA&xid=2e622a55>
4. Red Informática de Medicina Avanzada. Seguridad del paciente [Internet]. [Consultado 2021 Abril 12]. Disponible en: <https://ssl.rima.org/Noticia.aspx?IdNota=2946>
5. Plan de acción para reducir los eventos adversos de mayor prevalencia en el Perú [diapositiva]. Lima: Ministerio de Salud; 2006. [26 diapositivas preparadas por M Clendenes]. Recuperado de: <https://calidadsaludlima.files.wordpress.com/2009/12/5-ibeas-peru-minsa-decsa.pdf>
6. Pacheco D., Moreno J. Evaluación de percepción de la cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería en la Clínica Iberoamericana Barranquilla, Oisamed SAS la Misericordia Clínica internacional, y E.S.E Hospital

San José de Maicao Guajira. [Tesis para obtener el grado de maestro en Auditoria y Sistemas de Calidad en Servicios de Salud]. Colombia: Universidad Simón Bolívar; 2020. [Consultado 2021 Abril 18] Disponible en: https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/6863/Macroproyecto_Evaluaci%c3%b3n_Percepci%c3%b3n_Cultura_Seguridad_Paciente_Resumen4.pdf?sequence=4&isAllowed=y

7. Cruz A., Medina I., Ávila M. Relationships between Risk Management and the Nursing Care Process for its Practical Integration. [Estudio de investigación sin conflicto de intereses]. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2019. [Consultado 2021 Abril 18] Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3208/597>

8. Palencia C., González N., Salamanca L. Medición de la cultura de seguridad del paciente en un hospital de segundo nivel, Cundinamarca 2018. [Tesis para obtener el grado de Especialista en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2018. [Consultado 2021 Abril 18] Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7138/1/2018_medicion_seguridad_paciente.pdf

9. Ortega L. Cultura sobre seguridad del paciente hospitalizado y su relación con factores asociados en los profesionales de enfermería de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Cuenca - Ecuador 2016. [Tesis para obtener el grado de Maestro en Investigación de la Salud]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2018. [Consultado 2021 Abril 18] Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29669/1/TESIS.pdf>

10. Vasco I. Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del Hospital de Mérida. [Tesis para obtener el grado de Doctor]. España: Universidad de Extremadura; 2017. [Consultado 2021 Abril 18] Disponible en: <http://dehesa.unex.es/handle/10662/6153>

11. Núñez E. Cultura de seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Regional Docente Las Mercedes - Chiclayo, Perú – 2018. [Tesis para obtener el grado de Licenciado en enfermería]. Perú: Universidad Católica Santo Toribio de

Mogrovejo; 2020. [Consultado 2021 Abril 18] Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2481/1/TL_Nu%c3%b1ezSamaniegoEric.pdf

12. Mosqueira R. Evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencia de una IPRESS de Cajamarca. [Tesis para obtener el grado de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud]. Perú: Universidad César Vallejo; 2020. [Consultado 2021 Abril 18] Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/49646/Mosqueira_MRP-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

13. Mori N. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital de Vitarte, 2017. [Tesis para obtener el grado de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud]. Perú: Universidad César Vallejo; 2018. [Consultado 2021 Abril 18] Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12905/Mori_YNR.pdf?sequence=1

14. Díaz J. Cultura de seguridad del paciente en trabajadores de la unidad de cuidados intensivos Hospital San José Callao 2017. [Tesis para obtener el grado de Maestro en Gerencia de Servicios de Salud]. Perú: Universidad San Martín de Porres; 2018. [Consultado 2021 Abril 18] Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/4625/diaz_mja.pdf?sequence=3&isAllowed=y

15. Fernández M. Conocimientos sobre seguridad del paciente en enfermeras del Hospital Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote, 2017. [Tesis para obtener el grado de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. [Consultado 2021 Abril 18] Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/6866/Fernandez_am.pdf?sequence=1&isAllowed=y

16. World Health Organization. Patient Safety [Internet]. Ginebra: OMS; 2019 Setiembre 13. [Consultado 2021 Abril 25]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
17. Ministerio de Sanidad. Seguridad del Paciente [Internet]. España: Plan de Calidad Asistencial para el Sistema Nacional de Salud; 2015. [Consultado 2021 Abril 25]. Disponible en: <https://www.seguridaddelpaciente.es/es/presentacion/>
18. Morales H. Seguridad del Paciente. Diario de Centro América [publicación periódica en línea] 2020 [Consultado 2021 Abril 25]. Disponible en: <https://dca.gob.gt/noticias-guatemala-diario-centro-america/testimonial/seguridad-del-paciente/>
19. Ministerio de Salud. Documento Técnico Modelo de Intervención para Mejorar la Disponibilidad, Calidad y Uso de los Establecimientos que cumplen Funciones Obstétricas y Neonatales. Modulo 6: Gestión de Riesgos para la Prevención y Control de las Infecciones Obstétricas y Neonatales; 2010. [Consultado 2021 Abril 25]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1143_DGSP275-6.pdf
20. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N°92-MINSA/2020/DGAIN. Directiva Sanitaria de Rondas de Seguridad del Paciente para la Gestión del Riesgo en la Atención de Salud; 2020. [Consultado 2021 Abril 25]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574913/RM_163-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF
21. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Desarrollo de la Estrategia Nacional en Seguridad del Paciente 2005-2011. Oficina de Planificación Sanitaria y Calidad Agencia de Calidad del SNS; 2011 [Consultado 2021 Abril 25]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estrategia_s_p_sns_2005_2011.pdf
22. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Traducción, validación y adaptación de un cuestionario para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad;

2010. [Consultado 2021 Abril 25]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>
23. Agra Y. Seguridad del paciente y gestión del riesgo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [consultado 2021 Abril 25]. Tema 14.9. Disponible en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9_Seguridad_del_paciente_y_gestion_de_riesgos.pdf
24. Rocco C., Garrido A. Patient safety and safety culture. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2017 [consultado 2021 Abril 25]; 28(5): 785-795. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864017301268>
25. Palencia F. Critical reflexion about the current approach to adverse event in Colombia. Rev. Med. Risaralda [Internet]. 2014 [consultado 2021 Abril 25]; 20(1):34-40 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rmri/v20n1/v20n1a08.pdf>
26. Aibar C., Aranaz J. Seguridad del paciente y prevención de Eventos Adversos relacionados con la asistencia sanitaria [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [consultado 2021 Abril 25]. Ud. 1 Calidad asistencial y seguridad del paciente. Conceptos esenciales. Disponible en: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/01/01-contenidos.pdf>
27. World Health Organization. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente [Internet]. Ginebra: Informe Técnico Definitivo; 2009. [consultado 2021 Abril 25]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
28. Ruelas E., Sarabia O., Tovar W. Seguridad del paciente hospitalizado [Internet]. México: Editorial Médica Panamericana: Instituto Nacional de Salud Pública; 2007. [consultado 2021 Abril 25]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=UVF5RIKZwUMC&printsec=frontcover&dq=seguridad+del+paciente&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwj0v5DE0tbwAhX5KLLkGHcKqDp4Q6AEwAXoECAQQAq#v=onepage&q=seguridad%20del%20paciente&f=false>

29. Otálvaro A., Valencia M., Cardona D. Characterization of adverse events in a first-level Hospital in the Department of Caldas between 2007 and 2009. Rev. Hacia la Promoción de la Salud. [Internet]. 2011 [consultado 2021 Abril 25]; 16(1); 87-98. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n1/v16n1a06.pdf>
30. González L., Gallardo E. Quality of the Medical Attention: The Difference Between Life or Death. Revista Digital Universitaria. [Internet]. 2012 [consultado 2021 Abril 25]; 13(8); 1-15. Disponible en: <https://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>
31. Lombo J. Theoretical review of classifications of adverse events. Rev. Salud. Hist. Sanid. [Internet]. 2013 [consultado 2021 Abril 25]; 8(1); 77-92. Disponible en: <http://agenf.org/ojs/index.php/SHS/article/viewFile/245/235>
32. Aguirre M., Berrondo C., Biermayr V., Cendrero P., Chunflin M., Fernández M., et al. Patient Safety. Rev. Hosp. Niños B. Aires [Internet]. 2018 [Consultado 2021 Abril 25]; 60(271):333-335 Disponible en: <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2019/01/Numero-271-333-Seguridad-paciente.pdf>
33. Metas Internacionales de seguridad del paciente [diapositiva]. México: Hospital Universitario de Puebla; 2020. [29 diapositivas preparadas por Benemérita Universidad Autónoma de Puebla]. Recuperado de: https://www.sadamweb.com.ar/news/2018_04Abril/METAS_INTERNACIONALES_DE_SEGURIDAD_DEL_PACIENTE-%202017.pdf
34. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005. [Consultado 2021 Abril 25]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>
35. Dávila L. Percepción de cultura de seguridad del paciente del personal asistencial del Centro Quirúrgico del CMI Juan Pablo II de Villa el Salvador 2018. [Tesis para obtener el grado de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud]. Perú: Universidad César Vallejo; 2018. [Consultado 2021 Abril 25]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/35471/D%C3%A1>

[vila_LLJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20seguridad%20de%20los%20pacientes,de%20recursos%2C%20incentivos%20y%20premios.](#)

36. Castañeda H., Garza R., González J., Pineda M., Acevedo G., Aguilera A. Nursing perception of patient safety culture. Rev. Cienc. Enferm. [Internet]. 2013 [consultado 2021 Abril 25]; 19(2): 77-88. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200008

37. Laborde M., Gea M., Aranaz J., Ramos G., Compañ A. Analysis of the Patient Safety Culture in a University Hospital. Rev. Gac. Sanit. [Internet]. 2020 [consultado 2021 Abril 25]; 34(5):500-513. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118302395>

38. Rando A. Teamwork: Is it possible to form expert medical teams from expert professionals?. Rev. Med. Urug. [Internet]. 2016 [consultado 2021 Abril 25]; 32(1): 59-67. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902016000100008

39. Da Silva Z., De Souza A., Saturno P. Patient Safety Culture and Related Factors in a network of Spanish Public Hospitals. Rev. Cad. Saúde Pública. [Internet]. 2013 [consultado 2021 Abril 25]; 29(2): 283-293. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000200015

40. Dotación del personal de enfermería [diapositiva]. Uruguay: Federación Uruguaya de la Salud; 2012. [43 diapositivas preparadas por Rodríguez M., Aulet A]. Recuperado de: <https://uruguay.observatoriorh.org/sites/uruguay.observatoriorh.org/files/webfile/fulltext/dotacionpersonalenfermeria.pdf>

41. Martínez, C., Agudelo, J., Areiza, S., y Giraldo, D. Patient safety and its perception in health professionals. Rev. Civilizar Ciencias Sociales y Humanas [Internet]. 2017 [consultado 2021 Abril 25]; 17(33): 277-292. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/ccso/v17n33/1657-8953-ccso-17-33-00277.pdf>

42. Chomalí M. Risk Management in health care: Towards a culture of quality based on safety. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2003 [consultado 2021 Abril 25]; 14(4): 1-8. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-gestion-riesgos-atencion-salud-hacia-X071686400331994X>
43. Gómiz E. The nursing professional, for risk management, towards patient safety. Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol. [Internet]. 2007 Mar [consultado 2021 Abril 25]; 10 (1): 63-64. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752007000100007&lng=es.
44. Vargas D. Cultura de la seguridad del paciente. Gestión del riesgo. Rev. Medicina Infantil [Internet]. 2011 Dic [consultado 2021 Abril 25]; XVIII (4): 337-344. Disponible en: https://www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2011/xviii_4_337.pdf
45. Fernández S. Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente. Boletín Conamed-OPS [Internet]. 2015 [consultado 2021 Abril 25]; 1-9. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf
46. Aibar C., Aranaz J. Seguridad del paciente y prevención de Eventos Adversos relacionados con la asistencia sanitaria [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [consultado 2021 Abril 25]. Ud. 5 La gestión del riesgo clínico. Disponible en: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/05/01-contenidos.pdf>
47. Milos P., Larraín AI. La vinculación ético-jurídica entre la gestión del cuidado y la gestión de riesgos en el contexto de la seguridad del paciente. Rev. Aquichan [Internet]. 2015 [consultado 2021 Abril 25]; 15(1):141-153. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972015000100013&script=sci_abstract&tlng=es
48. Naranjo Y., Rodríguez M., Concepción A. Conceptual reflection about some theories of nursing and their validity in the Cuban practice. Rev. Cubana Enferm.

[Internet]. 2016 [consultado 2021 Abril 25]; 32(4): aprox. 0 p. Disponible en:
<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/986/217>

49. Young P., Hortis V., Chambi M., Finn B. Florence Nightingale (1820-1910), 101 years after her death. Rev. Med. Chile. [Internet]. 2011 Jun [consultado 2021 Abril 25]; 139(6): 807- 813. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017

50. Hernández R., Fernández C., Baptista M. Metodología de la investigación. 6.
ª ed. México: McGraww-Hill Interamericana Editores; 2014.

51. Arias F. El proyecto de investigación. 6.ª ed. República Bolivariana de Venezuela: Episteme; 2012.

ANEXOS

ANEXO 1:

Tabla 33: Operacionalización de la Variable Cultura de Seguridad del Paciente

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de Variable	Escala de Medición	Tipo de Respuesta	Niveles o Rangos
Cultura de seguridad del paciente	Según la OMS, cultura de seguridad del paciente son patrones integrados comportamentales ya sean de manera individual o a nivel organizacional, que se	La podemos definir mediante la aplicación del cuestionario Hospital Survey on Patient Safety que nos permite recopilar información respecto a	Frecuencia de eventos notificados Percepción de seguridad Expectativas y acciones de la dirección Aprendizaje organizacional/ mejora continua	de -Notificación de errores de -Ritmo de trabajo -Procedimientos -Fallos por casualidad -Problemas de seguridad -Satisfacción del jefe -Sugerencias del personal -Presión del trabajo -Desinterés del jefe de -Actividades de mejora -Toma de medidas -Evaluación de cambios de mejora	1-3 4-7 8-11 12-14	Cualitativa	Ordinal	Politémica Tipo Likert Nunca (1) Casi nunca(2) A veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)	Positiva 155 – 210 Neutral 99 – 154 Negativa 42 - 98

basan en sus creencias y valores, cuyo objetivo centra en disminuir el daño a causa de la atención en salud. ^{16, 20}	sobre las dimensiones de la cultura de seguridad del paciente.	Trabajo en equipo en la unidad/servicio	-Apoyo mutuo	15-18
		Franqueza en la comunicación	-Trabajo en equipo	
			-Respeto	
		Feed-back y comunicación sobre errores	-Libertad de opinión	19-21
			-Cuestionamiento	
			-Temor del personal	
		Respuesta no punitiva a los errores	-Acciones ante reportes	22-24
			-Comunicación de errores	
			-Discusión de soluciones	
			-Respuesta no punitiva	25-27
Dotación de personal	-Temor del personal			
	-Suficiente personal	28-31		
	-Personal inestable			
Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	-Trabajo bajo presión			
	-Clima laboral	32-34		
	-Seguridad como prioridad			
	-Interés ante los sucesos			

Trabajo en equipo unidades	entre	-Cooperación entre servicios -Coordinación entre unidades -Descoordinación -Incomodidad del personal	entre	35-38
Problemas de cambio de turno y transiciones entre servicios/unidades	en	-Pérdida de información -Inadecuado cambio de información -Cambios de turno	de	39-42

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 2:

Tabla 34: Operacionalización de la Variable Gestión del Riesgo

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Tipo de Variable	de Escala de Medición	Tipo de Respuesta	Niveles o Rangos
Gestión del riesgo	Según Y., la gestión del riesgo son aquellos pasos o procesos que nos favorecen identificar riesgos así aplicar medidas adecuadas para disminuirlo	Agra La podemos definir mediante la aplicación del cuestionario Gestión del riesgo recopilando información sobre sus dimensiones e indicadores de identificación del riesgo,	Identificación del riesgo	-Llenado de formato de medicamentos -Formato de caídas -Identificación del paciente -Formato de lesiones por presión -Manejo de residuos hospitalarios -Medidas de bioseguridad	1-9	Cualitativa	Ordinal	Politómicas Tipo Likert	Buena 82 – 110 Regular Nunca (1) 52 - 81 Casi nunca Deficiente (2) 22 - 51 A veces (3) Casi siempre (4) Siempre (5)
			Análisis y evaluación del riesgo	- Filiación - Diagnostico y antecedentes	10-15				

<p>mínimamente análisis y posible los evaluación del riesgos riesgo, detectados y planificación e disminuir sus implementación efectos, con el de la respuesta fin que se a los riesgos y obtengan seguimiento y resultados y revisión. esperados.^{20,}</p>	<p>Planificación e implementación de la respuesta a los riesgos</p>	<p>- Valoración y diagnósticos de enfermería -Plan de trabajo -Notificación de eventos adversos - Capacitación al personal - Gestión de riesgos -Planes de Mejora - Etiquetado de medicamentos</p>	<p>16-19</p>
<p>23,44</p>	<p>Seguimiento y revisión</p>	<p>-Evaluación de resultados -Revisión de informes -Difusión de logros</p>	<p>20-22</p>

ANEXO 3:

Tabla 35: Matriz de Consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES				
Problema general: ¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021?	Objetivo general: Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.	Hipótesis general: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.	Variable 1: Cultura de Seguridad del Paciente				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y Rangos	
			Frecuencia de eventos notificados	-Notificación de errores	1-3	Positiva	155 – 210
			Percepción de seguridad	-Ritmo de trabajo -Procedimientos -Fallos por casualidad -Problemas de seguridad	4-7	Neutral	99 – 154
			Expectativas y acciones de la dirección	-Satisfacción del jefe personal -Sugerencias del personal -Presión del trabajo -Desinterés del jefe	8-11	Negativa	42 - 98
Problemas específicos: PE1: ¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión Identificación en enfermeras del	Objetivos específicos: OE 1: Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión	Hipótesis específicas: HE 1: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo	Aprendizaje organizacional/mejora continua	-Actividades de mejora -Toma de medidas -Evaluación de cambios de mejora	12-14		
			Trabajo en equipo en la unidad/servicio	-Apoyo mutuo -Trabajo en equipo -Respeto	15-18		
			Franqueza en la comunicación	-Libertad de opinión -Cuestionamiento -Temor del personal	19-21		

servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021?	Identificación en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.	en la dimensión de Identificación en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.	Feed-back y comunicación sobre errores	-Acciones ante reportes -Comunicación de errores -Discusión de soluciones	22-24
PE 2: ¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión Análisis y Evaluación en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021?	OE2: Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión Análisis y Evaluación en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.	HE 2: Existe estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión Análisis y Evaluación en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.	Respuesta no punitiva a los errores Dotación de personal Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente Trabajo en equipo entre unidades	-Respuesta no punitiva -Temor del personal -Suficiente personal -Personal inestable -Trabajo bajo presión -Clima laboral -Seguridad como prioridad -Interés ante los sucesos -Cooperación entre servicios -Coordinación entre unidades -Descoordinación -Incomodidad del personal	25-27 28-31 32-34 35-38 39-42
PE 3: ¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión Planificación e Implementación	OE 3: Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la	HE 3: Existe estadísticamente significativa entre	Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	-Pérdida de información -Inadecuado cambio de información -Cambios de turno	

en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021?

PE 4: ¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión Seguimiento y Revisión en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021?

gestión del riesgo en la dimensión Planificación e Implementación en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

OE 4: Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión Seguimiento y Revisión en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión Planificación e Implementación en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

HE 4: Existe relación estadísticamente significativa entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en la dimensión Seguimiento y Revisión en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021.

Variable 2: Gestión del Riesgo			
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles y Rangos
Identificación del riesgo	-Llenado de formato de medicamentos -Formato de caídas -Identificación del paciente -Formato de lesiones por presión -Manejo de residuos hospitalarios -Medidas de bioseguridad	1-9	Buena 82 – 110
			Regular 52 - 81
Análisis y evaluación del riesgo	- Filiación - Diagnóstico y antecedentes - Valoración y diagnósticos de enfermería - Plan de trabajo	10-15	Deficiente 22 - 51
Planificación e implementación de la respuesta a los riesgos	-Notificación de eventos adversos - Capacitación al personal - Gestión de riesgos -Planes de Mejora -Etiquetado de medicamentos	16-19	

Seguimiento y revisión	-Evaluación de resultados -Revisión de informes -Difusión de logros	20-22
---------------------------	--	-------

METODO Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA
Enfoque cuantitativo Diseño No Experimental Corte transversal Tipo Correlacional	<p>Población: Estuvo conformada por 50 enfermeras del servicio de hospitalización de una clínica privada.</p> <p>Muestra: Estuvo conformada por 50 enfermeras; el cual incluye en su totalidad a la población de la investigación.</p>	<p>Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionario Tipo Likert para la variables Cultura de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo</p>	<p>Descriptiva: Tablas figuras y frecuencias Inferencial: Prueba de normalidad Kolmogorov Smirnov</p>

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 4: Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es dar a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de esta, así como de su rol en ella como participante. La presente investigación es conducida por la alumna de la Maestría de Gestión de los servicios de la salud Br. Yuriko Alexandra Guerrero Mendoza de la Universidad Cesar Vallejo. El objetivo de este estudio es Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión del riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una Clínica Privada- Lima, 2021. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder dos cuestionarios: uno de 42 preguntas y otro de 22. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las respuestas, las pruebas se destruirán. Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente, puede revocar su consentimiento en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. De tener preguntas sobre su participación en este estudio, puede contactar a Br. Yuriko Alexandra Guerrero Mendoza o al correo yuriko.guerrero@gmail.com . Agradezco de antemano su gentil participación.

Nombre del autor: Br. Yuriko Alexandra Guerrero Mendoza

Firma del Autor

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, he sido informado(a) del objetivo de este estudio, me han indicado también que tendré que responder dos cuestionarios: uno de 42 preguntas y otro de 22, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. Reconozco que la información que yo brinde en esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo revocar mi consentimiento cuando así lo decida, sin que esto genere perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

ANEXO 5: Instrumento sobre Cultura de Seguridad del Paciente

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente y posibles incidentes. Contestarla le llevará unos 10 minutos.

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

Datos Generales

Edad:

- a) 25 a 39 años b) 40 a 59 años c) 60 a más años

Sexo:

- a) Masculino b) Femenino

Tiempo de servicio en la clínica:

- a) 1 a 5 años b) 6 a 10 años c) Más de 10 años

Tiempo de experiencia como enfermera:

- a) 1 a 5 años b) 6 a 10 años c) Más de 10 años

Durante el último año ¿cuantos incidentes ha notificado?:

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente

1. Nunca	4. Casi Siempre
2. Casi Nunca	5. Siempre
3. A Veces	

ITEMS	1	2	3	4	5
1. Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.					
2. Se notifican los errores que no causaron daño al paciente.					
3. Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas.					
4. En el servicio de hospitalización se producen fallos por casualidad.					
5. En el servicio de hospitalización si se aumenta el ritmo de trabajo puede afectar la seguridad del paciente.					
6. En el servicio de hospitalización hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".					
7. Los procedimientos y medios de trabajo son adecuados para evitar errores en la atención.					
8. Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.					
9. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.					

10. Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.					
11. Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.					
12. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
13. Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.					
14. Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.					
15. El personal se apoya mutuamente.					
16. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.					
17. En el servicio de hospitalización nos tratamos todos con respeto.					
18. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.					
19. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.					
20. El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.					
21. El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.					
22. Cuando se notifica algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.					
23. Se nos informa de los errores que ocurren en el servicio de hospitalización.					
24. En el servicio de hospitalización se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.					
25. Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.					
26. Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".					
27. Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.					
28. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
29. A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.					
30. En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.					
31. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.					
32. La gerencia o la dirección de la clínica facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.					
33. La gerencia o dirección de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.					

34. La gerencia/dirección de la clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.					
35. Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente.					
36. Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.					
37. Los diferentes servicios de la clínica no coordinan bien entre ellas.					
38. Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios.					
39. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.					
40. En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.					
41. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.					
42. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.					

Información complementaria:

43. Califique, por favor, de cero a diez el grado de seguridad del paciente en su servicio/unidad.

MÍNIMA SEGURIDAD 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MÁXIMA SEGURIDAD

ANEXO 6: Instrumento sobre Gestión del Riesgo

Le pedimos su opinión sobre cuestiones relacionadas con la gestión del riesgo. Contestarla le llevará unos 10 minutos.

Este cuestionario es estrictamente confidencial; todos los datos se gestionarán respetando de manera rigurosa el secreto estadístico.

Por favor, señale con una cruz su respuesta en el recuadro correspondiente:

1. Nunca	4. Casi Siempre
2. Casi Nunca	5. Siempre
3. A veces	

ITEMS	1	2	3	4	5
IDENTIFICACION DEL RIESGO					
1. Realiza el correcto llenado del formato sobre administración de medicamentos (kardex)					
2. Realiza el correcto llenado del formato sobre caídas de los pacientes					
3. Verifica los brazaletes de identificación del paciente al realizar un procedimiento					
4. Realiza el correcto llenado del formato de evaluación de Lesiones por Presión					
5. En su servicio cuentan permanentemente con contenedores para desechos de residuos sólidos					
6. En su servicio cuentan permanentemente con contenedores rígidos para punzocortantes					
7. En su servicio cuentan permanentemente con señalética para la identificación de residuos sólidos					
8. En su servicio cuentan permanentemente con dispensadores con jabón en los lavatorios del personal					
9. En su servicio cuentan permanentemente con dispensadores con papel toalla en los lavatorios del personal					
ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL RIESGO					
10. Revisa y verifica el registro ordenado de filiación del paciente.					
11. Revisa y verifica el registro sobre la enfermedad actual y antecedentes del paciente					
12. Revisa, verifica y realiza el registro sobre el examen físico (incluido las funciones vitales), valoración y diagnósticos de enfermería					
13. En su servicio se realiza el registro sobre plan de trabajo e intervenciones					
14. En su servicio se realiza el registro o notificación de eventos adversos					
15. En su servicio cuentan con un responsable de registrar los eventos adversos					
PLANIFICACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE LA RESPUESTA A LOS RIESGOS					
16. Recibe capacitaciones por parte del comité de eventos adversos					
17. Considera que existe una adecuada gestión de los riesgos identificados en la institución					

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

ANEXO 7: Certificado de validez de instrumentos que miden: Cultura de Seguridad del Paciente y Gestión del Riesgo

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Cultura de seguridad del paciente.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Frecuencia de eventos notificados							
1	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	X		X		X		
2	Se notifican los errores que no causaron daño al paciente.	X		X		X		
3	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2 Percepción de seguridad	Si	No	Si	No	Si	No	
4	En el servicio de hospitalización se producen fallos por casualidad.	X		X		X		
5	En el servicio de hospitalización si se aumenta el ritmo de trabajo puede afectar la seguridad del paciente.	X		X		X		
6	En el servicio de hospitalización hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	X		X		X		
7	Los procedimientos y medios de trabajo son adecuados para evitar errores en la atención.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3 Expectativas y acciones de la dirección	Si	No	Si	No	Si	No	
8	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	X		X		X		
9	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
10	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	X		X		X		

11	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4 Aprendizaje organizacional/mejora continua	Si	No	Si	No	Si	No	
12	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
13	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	X		X		X		
14	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 5 Trabajo en equipo en la unidad/servicio	Si	No	Si	No	Si	No	
15	El personal se apoya mutuamente.	X		X		X		
16	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	X		X		X		
17	En el servicio de hospitalización nos tratamos todos con respeto.	X		X		X		
18	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 6 Franqueza en la comunicación	Si	No	Si	No	Si	No	
19	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	X		X		X		
20	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	X		X		X		
21	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 7 Feed-back y comunicación sobre errores	Si	No	Si	No	Si	No	
22	Cuando se notifica algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	X		X		X		

23	Se nos informa de los errores que ocurren en el servicio de hospitalización.	X		X		X		
24	En el servicio de hospitalización se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 8 Respuesta no punitiva a los errores	Si	No	Si	No	Si	No	
25	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	X		X		X		
26	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	X		X		X		
27	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 9 Dotación de personal	Si	No	Si	No	Si	No	
28	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	X		X		X		
29	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	X		X		X		
30	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	X		X		X		
31	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	X		X		X		
	DIMENSION 10 Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
32	La gerencia o la dirección de la clínica facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	X		X		X		
33	La gerencia o dirección de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	X		X		X		
34	La gerencia/dirección de la clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	X		X		X		

	DIMENSION 11 Trabajo en equipo entre unidades	Si	No	Si	No	Si	No	
35	Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	X		X		X		
36	Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	X		X		X		
37	Los diferentes servicios de la clínica no coordinan bien entre ellas.	X		X		X		
38	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios.	X		X		X		
	DIMENSION 12 Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	Si	No	Si	No	Si	No	
39	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	X		X		X		
40	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	X		X		X		
41	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	X		X		X		
42	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [X] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Jimmy Carlos Orihuela Salazar **DNI:** 25580673

Especialidad del validador: PSICÓLOGO CLINICO ORGANIZACIONAL

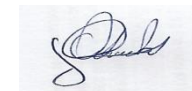
¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

27 de junio del 2021



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Gestión del Riesgo.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Identificación del riesgo							
1	Realiza el correcto llenado del formato sobre administración de medicamentos (kardex)	X		X		X		
2	Realiza el correcto llenado del formato sobre caídas de los pacientes	X		X		X		
3	Verifica los brazaletes de identificación del paciente al realizar un procedimiento	X		X		X		
4	Realiza el correcto llenado del formato de evaluación de Lesiones por Presión	X		X		X		
5	En su servicio cuentan permanentemente con contenedores para desechos de residuos sólidos	X		X		X		
6	En su servicio cuentan permanentemente con contenedores rígidos para punzocortantes	X		X		X		
7	En su servicio cuentan permanentemente con señalética para la identificación de residuos sólidos	X		X		X		
8	En su servicio cuentan permanentemente con dispensadores con jabón en los lavatorios del personal	X		X		X		
9	En su servicio cuentan permanentemente con dispensadores con papel toalla en los lavatorios del personal	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2 Análisis y evaluación del riesgo							
10	Revisa y verifica el registro ordenado de filiación del paciente	X		X		X		
11	Revisa y verifica el registro sobre la enfermedad actual y antecedentes del paciente	X		X		X		

12	Revisa, verifica y realiza el registro sobre el examen físico (incluido las funciones vitales), valoración y diagnósticos de enfermería	X		X		X		
13	En su servicio se realiza el registro sobre plan de trabajo e intervenciones	X		X		X		
14	En su servicio se realiza el registro o notificación de eventos adversos	X		X		X		
15	En su servicio cuentan con un responsable de registrar los eventos adversos	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3 Planificación e implementación de la respuesta a los riesgos	Si	No	Si	No	Si	No	
16	Recibe capacitaciones por parte del comité de eventos adversos	X		X		X		
17	Considera que existe una adecuada gestión de los riesgos identificados en la institución	X		X		X		
18	En el servicio de hospitalización se implementan con frecuencia planes de mejora en los riesgos identificados	X		X		X		
19	En la clínica se cumple con el etiquetado azul de medicamentos LASA y el etiquetado rojo de medicamentos de Alerta Máxima	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4 Seguimiento y revisión	Si	No	Si	No	Si	No	
20	En la clínica se realiza el seguimiento para evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora que se van implementando.	X		X		X		
21	Existe una política de elaboración de informes de resultados de las acciones de mejora que se implementan.	X		X		X		

22	Se difunden a los miembros de la institución, los resultados y logros obtenidos a partir de las acciones de mejora implementadas por la clínica.	X		X		X		
----	--	---	--	---	--	---	--	--

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** [] **Aplicable después de corregir** [] **No aplicable** []

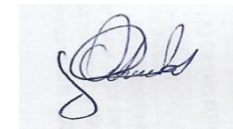
Apellidos y nombres del juez validador: Mg. Jimmy Carlos Orihuela Salazar **DNI:** 25580673

Especialidad del validador: PSICÓLOGO CLINICO ORGANIZACIONAL

- ¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- ²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- ³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

27 de junio del 2021



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Cultura de seguridad del paciente.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Frecuencia de eventos notificados							
1	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	X		X		X		
2	Se notifican los errores que no causaron daño al paciente.	X		X		X		
3	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2 Percepción de seguridad							
4	En el servicio de hospitalización se producen fallos por casualidad.	X		X		X		
5	En el servicio de hospitalización si se aumenta el ritmo de trabajo puede afectar la seguridad del paciente.	X		X		X		
6	En el servicio de hospitalización hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	X		X		X		
7	Los procedimientos y medios de trabajo son adecuados para evitar errores en la atención.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3 Expectativas y acciones de la dirección							
8	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	X		X		X		
9	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
10	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	X		X		X		
11	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	X		X		X		

	DIMENSIÓN 4 Aprendizaje organizacional/mejora continua	Si	No	Si	No	Si	No	
12	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
13	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	X		X		X		
14	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 5 Trabajo en equipo en la unidad/servicio	Si	No	Si	No	Si	No	
15	El personal se apoya mutuamente.	X		X		X		
16	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	X		X		X		
17	En el servicio de hospitalización nos tratamos todos con respeto.	X		X		X		
18	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 6 Franqueza en la comunicación	Si	No	Si	No	Si	No	
19	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	X		X		X		
20	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	X		X		X		
21	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 7 Feed-back y comunicación sobre errores	Si	No	Si	No	Si	No	
22	Cuando se notifica algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	X		X		X		
23	Se nos informa de los errores que ocurren en el servicio de hospitalización.	X		X		X		

24	En el servicio de hospitalización se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 8 Respuesta no punitiva a los errores	Si	No	Si	No	Si	No	
25	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	X		X		X		
26	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	X		X		X		
27	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 9 Dotación de personal	Si	No	Si	No	Si	No	
28	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	X		X		X		
29	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	X		X		X		
30	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	X		X		X		
31	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	X		X		X		
	DIMENSION 10 Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
32	La gerencia o la dirección de la clínica facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	X		X		X		
33	La gerencia o dirección de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	X		X		X		
34	La gerencia/dirección de la clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	X		X		X		
	DIMENSION 11 Trabajo en equipo entre unidades	Si	No	Si	No	Si	No	

35	Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	X		X		X		
36	Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	X		X		X		
37	Los diferentes servicios de la clínica no coordinan bien entre ellas.	X		X		X		
38	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios.	X		X		X		
	DIMENSION 12 Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	Si	No	Si	No	Si	No	
39	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	X		X		X		
40	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	X		X		X		
41	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	X		X		X		
42	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: HUAYTA FRANCO, Yolanda Josefina DNI: 09333287

Grado y Especialidad del validador: DOCTORA EN EDUCACIÓN

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Lima, 26 de junio del 2021.

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


 Firma del Experto Informante.
 Especialidad

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Gestión del Riesgo.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Identificación del riesgo							
1	Realiza el correcto llenado del formato sobre administración de medicamentos (kardex)	X		X		X		
2	Realiza el correcto llenado del formato sobre caídas de los pacientes	X		X		X		
3	Verifica los brazaletes de identificación del paciente al realizar un procedimiento	X		X		X		
4	Realiza el correcto llenado del formato de evaluación de Lesiones por Presión	X		X		X		
5	En su servicio cuentan permanentemente con contenedores para desechos de residuos sólidos	X		X		X		
6	En su servicio cuentan permanentemente con contenedores rígidos para punzocortantes	X		X		X		
7	En su servicio cuentan permanentemente con señalética para la identificación de residuos sólidos	X		X		X		
8	En su servicio cuentan permanentemente con dispensadores con jabón en los lavatorios del personal	X		X		X		
9	En su servicio cuentan permanentemente con dispensadores con papel toalla en los lavatorios del personal	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2 Análisis y evaluación del riesgo							
10	Revisa y verifica el registro ordenado de filiación del paciente	X		X		X		
11	Revisa y verifica el registro sobre la enfermedad actual y antecedentes del paciente	X		X		X		

12	Revisa, verifica y realiza el registro sobre el examen físico (incluido las funciones vitales), valoración y diagnósticos de enfermería	X		X		X		
13	En su servicio se realiza el registro sobre plan de trabajo e intervenciones	X		X		X		
14	En su servicio se realiza el registro o notificación de eventos adversos	X		X		X		
15	En su servicio cuentan con un responsable de registrar los eventos adversos	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3 Planificación e implementación de la respuesta a los riesgos	Si	No	Si	No	Si	No	
16	Recibe capacitaciones por parte del comité de eventos adversos	X		X		X		
17	Considera que existe una adecuada gestión de los riesgos identificados en la institución	X		X		X		
18	En el servicio de hospitalización se implementan con frecuencia planes de mejora en los riesgos identificados	X		X		X		
19	En la clínica se cumple con el etiquetado azul de medicamentos LASA y el etiquetado rojo de medicamentos de Alerta Máxima	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4 Seguimiento y revisión	Si	No	Si	No	Si	No	
20	En la clínica se realiza el seguimiento para evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora que se van implementando.	X		X		X		
21	Existe una política de elaboración de informes de resultados de las acciones de mejora que se implementan.	X		X		X		

22	Se difunden a los miembros de la institución, los resultados y logros obtenidos a partir de las acciones de mejora implementadas por la clínica.	X		X		X		
----	--	---	--	---	--	---	--	--

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI HAY SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador: HUAYTA FRANCO, Yolanda Josefina **DNI:** 09333287

Grado y Especialidad del validador: DOCTORA EN EDUCACIÓN

¹ **Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Lima, 26 de junio del 2021.

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



Firma del Experto Informante.
Especialidad

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Cultura de seguridad del paciente.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Frecuencia de eventos notificados							
1	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	X		X		X		
2	Se notifican los errores que no causaron daño al paciente.	X		X		X		
3	Se notifican los errores que no han tenido consecuencias adversas.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2 Percepción de seguridad							
4	En el servicio de hospitalización se producen fallos por casualidad.	X		X		X		
5	En el servicio de hospitalización si se aumenta el ritmo de trabajo puede afectar la seguridad del paciente.	X		X		X		
6	En el servicio de hospitalización hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente".	X		X		X		
7	Los procedimientos y medios de trabajo son adecuados para evitar errores en la atención.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3 Expectativas y acciones de la dirección							
8	Mi superior/jefe expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.	X		X		X		
9	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que le hace el personal para mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
10	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	X		X		X		
11	Mi superior/jefe pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente.	X		X		X		

	DIMENSIÓN 4 Aprendizaje organizacional/mejora continua	Si	No	Si	No	Si	No	
12	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
13	Cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente se llevan a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	X		X		X		
14	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 5 Trabajo en equipo en la unidad/servicio	Si	No	Si	No	Si	No	
15	El personal se apoya mutuamente.	X		X		X		
16	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	X		X		X		
17	En el servicio de hospitalización nos tratamos todos con respeto.	X		X		X		
18	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 6 Franqueza en la comunicación	Si	No	Si	No	Si	No	
19	Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con total libertad.	X		X		X		
20	El personal puede cuestionar con total libertad las decisiones o acciones de sus superiores.	X		X		X		
21	El personal teme hacer preguntas sobre lo que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 7 Feed-back y comunicación sobre errores	Si	No	Si	No	Si	No	
22	Cuando se notifica algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo.	X		X		X		
23	Se nos informa de los errores que ocurren en el servicio de hospitalización.	X		X		X		

24	En el servicio de hospitalización se discute de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 8 Respuesta no punitiva a los errores	Si	No	Si	No	Si	No	
25	Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	X		X		X		
26	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable".	X		X		X		
27	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 9 Dotación de personal	Si	No	Si	No	Si	No	
28	Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	X		X		X		
29	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora.	X		X		X		
30	En ocasiones no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	X		X		X		
31	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa.	X		X		X		
	DIMENSION 10 Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente	Si	No	Si	No	Si	No	
32	La gerencia o la dirección de la clínica facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	X		X		X		
33	La gerencia o dirección de la clínica muestra con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	X		X		X		
34	La gerencia/dirección de la clínica sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	X		X		X		
	DIMENSION 11 Trabajo en equipo entre unidades	Si	No	Si	No	Si	No	

35	Hay una buena cooperación entre los servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	X		X		X		
36	Los servicios trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible a los pacientes.	X		X		X		
37	Los diferentes servicios de la clínica no coordinan bien entre ellas.	X		X		X		
38	Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios.	X		X		X		
	DIMENSION 12 Problemas en cambios de turno y transiciones entre servicios/unidades	Si	No	Si	No	Si	No	
39	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicio a otra.	X		X		X		
40	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	X		X		X		
41	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	X		X		X		
42	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Juan José Gabriel Artica Martínez DNI: 45620749

Especialidad del validador: Psicología clínica y de la salud

¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

02 de julio del 2021

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE Gestión del Riesgo.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1 Identificación del riesgo							
1	Realiza el correcto llenado del formato sobre administración de medicamentos (kardex)	X		X		X		
2	Realiza el correcto llenado del formato sobre caídas de los pacientes	X		X		X		
3	Verifica los brazaletes de identificación del paciente al realizar un procedimiento	X		X		X		
4	Realiza el correcto llenado del formato de evaluación de Lesiones por Presión	X		X		X		
5	En su servicio cuentan permanentemente con contenedores para desechos de residuos sólidos	X		X		X		
6	En su servicio cuentan permanentemente con contenedores rígidos para punzocortantes	X		X		X		
7	En su servicio cuentan permanentemente con señalética para la identificación de residuos sólidos	X		X		X		
8	En su servicio cuentan permanentemente con dispensadores con jabón en los lavatorios del personal	X		X		X		
9	En su servicio cuentan permanentemente con dispensadores con papel toalla en los lavatorios del personal	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2 Análisis y evaluación del riesgo							
10	Revisa y verifica el registro ordenado de filiación del paciente	X		X		X		
11	Revisa y verifica el registro sobre la enfermedad actual y antecedentes del paciente	X		X		X		

12	Revisa, verifica y realiza el registro sobre el examen físico (incluido las funciones vitales), valoración y diagnósticos de enfermería	X		X		X		
13	En su servicio se realiza el registro sobre plan de trabajo e intervenciones	X		X		X		
14	En su servicio se realiza el registro o notificación de eventos adversos	X		X		X		
15	En su servicio cuentan con un responsable de registrar los eventos adversos	X		X		X		
	DIMENSIÓN 3 Planificación e implementación de la respuesta a los riesgos	Si	No	Si	No	Si	No	
16	Recibe capacitaciones por parte del comité de eventos adversos	X		X		X		
17	Considera que existe una adecuada gestión de los riesgos identificados en la institución	X		X		X		
18	En el servicio de hospitalización se implementan con frecuencia planes de mejora en los riesgos identificados	X		X		X		
19	En la clínica se cumple con el etiquetado azul de medicamentos LASA y el etiquetado rojo de medicamentos de Alerta Máxima	X		X		X		
	DIMENSIÓN 4 Seguimiento y revisión	Si	No	Si	No	Si	No	
20	En la clínica se realiza el seguimiento para evaluar el cumplimiento de las acciones de mejora que se van implementando.	X		X		X		
21	Existe una política de elaboración de informes de resultados de las acciones de mejora que se implementan.	X		X		X		

22	Se difunden a los miembros de la institución, los resultados y logros obtenidos a partir de las acciones de mejora implementadas por la clínica.	X		X		X		
----	--	---	--	---	--	---	--	--

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Hay suficiencia.

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

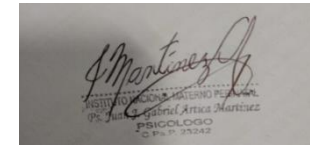
Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Juan José Gabriel Artica Martínez DNI: 45620749

Especialidad del validador: Psicología clínica y de la salud

- ¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- ²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- ³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

02 de julio del 2021



Firma del Experto Informante.

ANEXO 8: Prueba de confiabilidad de los instrumentos

Resumen de procesamiento de casos

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

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

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,834	42

Resumen de procesamiento de casos

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

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

Estadísticas de fiabilidad
















Alfa de Cronbach	N de elementos
,969	22














Criterios de Fiabilidad

Criterio de Fiabilidad	Valores
No es confiable	<0,5
Baja confiabilidad	>0,5
Moderada confiabilidad	0,6 a 0,75
Fuerte confiabilidad	0,76 a 0,89
Alta confiabilidad	>0,9 a 1

Anexo 9: Base de datos del instrumento de Cultura de Seguridad del Paciente














	Item1C	Item2C	Item3C	Item4C	Item5C	Item6C	Item7C	Item8C	Item9C	Item10C	Item11C	Item12C	Item13C	Item14C	Item15C
1	A veces	Siempre	Siempre	A veces	Casi Siem...	A veces	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre
2	Siempre	A veces	Casi Siem...	Nunca	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
3	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...
4	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	Siempre	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	A veces
5	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	A veces	Siempre	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
6	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces
7	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Siempre
8	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
9	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...
10	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Nunca	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces
11	Siempre	Siempre	Siempre	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Siempre
12	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	A veces
13	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	Siempre	Casi Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
14	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...
15	A veces	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces	Casi Nunca	A veces
16	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Nunca	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Casi Siem...
17	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...
18	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Siempre
19	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...
20	Siempre	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	A veces	Siempre	A veces	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Casi Siem...
21	A veces	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca
22	A veces	Siempre	Siempre	A veces	Casi Siem...	A veces	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre








	 Item16C	 Item17C	 Item18C	 Item19C	 Item20C	 Item21C	 Item22C	 Item23C	 Item24C	 Item25C	 Item26C	 Item27C	 Item28C	 Item29C	 Item30C
1	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...
2	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Nunca	Casi Siem...	Nunca	Nunca
3	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Nunca	Nunca
4	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	A veces	Nunca	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Nunca
5	Siempre	Siempre	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Nunca	A veces	Casi Nunca	Siempre	Nunca	Nunca
6	A veces	A veces	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	A veces
7	Siempre	Siempre	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Casi Nunca	A veces	Siempre	Casi Nunca	Nunca
8	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Casi Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	A veces	A veces	A veces	A veces
9	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca
10	A veces	Casi Siem...	A veces	Siempre	A veces	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Nunca
11	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Nunca	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...
12	A veces	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Nunca	Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Nunca	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...
13	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	A veces	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	A veces	A veces	A veces	A veces
14	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces
15	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces	Nunca	Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca
16	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	Nunca	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	Nunca
17	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	A veces	Casi Siem...
18	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Nunca	A veces	A veces	A veces	Nunca
19	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces
20	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	Nunca	Casi Nunca	A veces	Siempre	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	A veces	Siempre	Siempre
21	Casi Nunca	A veces	Nunca	A veces	Nunca	A veces	Nunca	A veces	A veces	A veces	Siempre	Siempre	Nunca	Casi Siem...	Siempre
22	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...








	 Item31C	 Item32C	 Item33C	 Item34C	 Item35C	 Item36C	 Item37C	 Item38C	 Item39C	 Item40C	 Item41C	 Item42C	 GRADO
1	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Nunca	Casi Siem...	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	Muy Buena
2	Nunca	Siempre	Siempre	Nunca	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Casi Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Muy Buena
3	Nunca	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Nunca	Nunca	Muy Buena
4	Casi Nunca	A veces	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Muy Buena
5	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	Nunca	Nunca	Nunca	A veces	Nunca	Muy Buena
6	A veces	Casi Siem...	Siempre	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	Buena
7	Nunca	Casi Siem...	Siempre	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	A veces	Nunca	Buena
8	Casi Nunca	Casi Siem...	Siempre	Casi Nunca	A veces	A veces	Nunca	Nunca	A veces	A veces	Nunca	Casi Nunca	Buena
9	Casi Nunca	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Muy Mala
10	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	A veces	Buena
11	A veces	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	A veces	Casi Siem...	Nunca	Casi Nunca	Muy Buena
12	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	Buena
13	A veces	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Siempre	Siempre	A veces	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Nunca	Muy Buena
14	Casi Nunca	A veces	Siempre	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	Muy Buena
15	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Regular
16	A veces	A veces	A veces	A veces	Siempre	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Siem...	A veces	Nunca	Casi Siem...	Buena
17	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	Buena
18	A veces	Siempre	Siempre	Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	Nunca	A veces	Nunca	Buena
19	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	A veces	Buena
20	Siempre	Casi Siem...	Siempre	A veces	A veces	A veces	Siempre	Siempre	Siempre	A veces	Casi Siem...	Siempre	Buena
21	Siempre	A veces	A veces	Siempre	Nunca	Nunca	A veces	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Buena
22	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Nunca	Casi Siem...	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	Muy Buena

	Item1C	Item2C	Item3C	Item4C	Item5C	Item6C	Item7C	Item8C	Item9C	Item10C	Item11C	Item12C	Item13C	Item14C	Item15C
23	Siempre	A veces	Casi Siem...	Nunca	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
24	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...
25	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	Siempre	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	A veces
26	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	A veces	Siempre	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
27	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces
28	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Siempre
29	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
30	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...
31	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Nunca	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces
32	Siempre	Siempre	Siempre	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Siempre
33	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	A veces
34	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	Siempre	Casi Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
35	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...
36	A veces	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces	Casi Nunca	A veces
37	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Nunca	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Casi Siem...
38	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...
39	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Siempre
40	Nunca	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...
41	Siempre	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	A veces	Siempre	A veces	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Casi Siem...
42	A veces	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca
43	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Nunca	A veces	A veces	A veces	A veces
44	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Siem...	A veces	Nunca	A veces	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...







	Item16C	Item17C	Item18C	Item19C	Item20C	Item21C	Item22C	Item23C	Item24C	Item25C	Item26C	Item27C	Item28C	Item29C	Item30C
23	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Nunca	Casi Siem...	Nunca	Nunca
24	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Nunca	Nunca
25	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	A veces	Nunca	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Nunca
26	Siempre	Siempre	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Nunca	A veces	Casi Nunca	Siempre	Nunca	Nunca
27	A veces	A veces	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	A veces
28	Siempre	Siempre	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Casi Nunca	A veces	Siempre	Casi Nunca	Nunca
29	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Casi Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	A veces	A veces	A veces	A veces
30	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Nunca	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca
31	A veces	Casi Siem...	A veces	Siempre	A veces	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Nunca
32	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Nunca	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...
33	A veces	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Nunca	Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Nunca	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...
34	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Nunca	A veces	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	A veces	A veces	A veces	A veces
35	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces
36	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces	Nunca	Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca
37	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	Nunca	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	Nunca
38	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	A veces	Casi Siem...
39	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Nunca	A veces	A veces	A veces	Nunca
40	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces
41	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	Nunca	Casi Nunca	A veces	Siempre	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	A veces	Siempre	Siempre
42	Casi Nunca	A veces	Nunca	A veces	Nunca	A veces	Nunca	A veces	A veces	A veces	Siempre	Siempre	Nunca	Casi Siem...	Siempre
43	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces
44	A veces	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Siem...	A veces	Siempre	Casi Nunca

	 Item31C	 Item32C	 Item33C	 Item34C	 Item35C	 Item36C	 Item37C	 Item38C	 Item39C	 Item40C	 Item41C	 Item42C	 GRADO
23	Nunca	Siempre	Siempre	Nunca	Siempre	Siempre	Nunca	Nunca	Casi Nunca	Nunca	Nunca	Nunca	Muy Buena
24	Nunca	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Nunca	Nunca	Muy Buena
25	Casi Nunca	A veces	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Muy Buena
26	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	Nunca	Nunca	Nunca	A veces	Nunca	Muy Buena
27	A veces	Casi Siem...	Siempre	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	Buena
28	Nunca	Casi Siem...	Siempre	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	A veces	Nunca	Buena
29	Casi Nunca	Casi Siem...	Siempre	Casi Nunca	A veces	A veces	Nunca	Nunca	A veces	A veces	Nunca	Casi Nunca	Buena
30	Casi Nunca	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Regular
31	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	A veces	Buena
32	A veces	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	A veces	Casi Siem...	Nunca	Casi Nunca	Muy Buena
33	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	Buena
34	A veces	Casi Siem...	Siempre	Nunca	Siempre	Siempre	A veces	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Nunca	Muy Buena
35	Casi Nunca	A veces	Siempre	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	Muy Buena
36	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Regular
37	A veces	A veces	A veces	A veces	Siempre	Casi Siem...	A veces	A veces	Casi Siem...	A veces	Nunca	Casi Siem...	Buena
38	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	Casi Siem...	Casi Nunca	A veces	Buena
39	A veces	Siempre	Siempre	Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	Nunca	Casi Nunca	Nunca	A veces	Nunca	Buena
40	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	A veces	Buena
41	Siempre	Casi Siem...	Siempre	A veces	A veces	A veces	Siempre	Siempre	Siempre	A veces	Casi Siem...	Siempre	Buena
42	Siempre	A veces	A veces	Siempre	Nunca	Nunca	A veces	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Buena
43	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Regular
44	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	A veces	A veces	Casi Siem...	A veces	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Nunca	Buena

	 Item16G	 Item17G	 Item18G	 Item19G	 Item20G	 Item21G	 Item22G
1	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...
2	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
3	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
4	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Siempre	A veces
5	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
6	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
7	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...
8	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
9	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
10	A veces	Casi Siem...	A veces	Siempre	A veces	Casi Nunca	A veces
11	A veces	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...
12	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	A veces	A veces
13	A veces	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...
14	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
15	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	Nunca
16	A veces	A veces	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
17	Casi Siem...	A veces	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...
18	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
19	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
20	A veces	Casi Siem...	A veces	Siempre	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Siem...
21	A veces	Casi Nunca	A veces	Siempre	A veces	A veces	Nunca
22	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...

	 Item16G	 Item17G	 Item18G	 Item19G	 Item20G	 Item21G	 Item22G
23	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
24	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
25	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Siempre	A veces
26	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
27	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
28	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...
29	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
30	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
31	A veces	Casi Siem...	A veces	Siempre	A veces	Casi Nunca	A veces
32	A veces	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...
33	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	A veces	A veces
34	A veces	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...
35	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
36	Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	Nunca
37	A veces	A veces	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
38	Casi Siem...	A veces	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...
39	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
40	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
41	A veces	Casi Siem...	A veces	Siempre	Casi Siem...	Casi Nunca	Casi Siem...
42	A veces	Casi Nunca	A veces	Siempre	A veces	A veces	Nunca
43	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca
44	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre

	 Item1G	 Item2G	 Item3G	 Item4G	 Item5G	 Item6G	 Item7G	 Item8G	 Item9G	 Item10G	 Item11G	 Item12G	 Item13G	 Item14G	 Item15G
45	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...
46	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
47	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	A veces
48	A veces	Casi Nunca	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	Casi Nunca	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi Nunca
49	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	A veces
50	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...
51															

	 Item16G	 Item17G	 Item18G	 Item19G	 Item20G	 Item21G	 Item22G
45	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...
46	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
47	Casi Nunca	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Casi Siem...	Casi Siem...	A veces
48	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca	Casi Nunca
49	A veces	Casi Siem...	Casi Siem...	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre
50	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...	Casi Siem...
51							

Anexo 11: Carta de presentación



Escuela de Posgrado

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Lima SJL, 12 de junio del 2021

N°Carta P. 174 – 2021 EPG – UCV LE

SEÑOR

Dr. Luis Ernesto Guerra Díaz
Jefe de Docencia
Clínica Internacional

Asunto: Carta de Presentación del estudiante **GUERRERO MENDOZA YURIKO ALEXANDRA.**

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para presentar a **GUERRERO MENDOZA YURIKO ALEXANDRA** identificado(a) con DNI N.º72025873 y código de matrícula N° 6500037106; estudiante del Programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD quien se encuentra desarrollando el Trabajo de Investigación (Tesis):

CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DEL RIESGO EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE UNA CLÍNICA PRIVADA – LIMA, 2021.

En ese sentido, solicito a su digna persona facilitar el acceso de nuestra estudiante a su Institución a fin de que pueda aplicar entrevistas y/o encuestas y poder recabar información necesaria.

Con este motivo, le saluda atentamente,



Dr. Raúl Delgado Arenas
JEFE DE UNIDAD DE POSGRADO
FILIAL LIMA – CAMPUS LIMA ESTE

Cc. Interesado,
Administrativo (DFHO)

LIMA NORTE Av. Alfredo Mendiola 6232, Los Olivos. Tel.:(+511) 202 4342 Fax.:(+511) 202 4343
LIMA ESTE Av. del Parque 640, Urb. Canto Rey, San Juan de Lurigancho Tel.:(+511) 200 9030 Anx.:2510.
ATE Carretera Central Km. 8.2 Tel.:(+511) 200 9030 Anx.: 8184
CALLAO Av. Argentina 1795 Tel.:(+511) 202 4342 Anx.: 2650.



ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, GUERRERO MENDOZA YURIKO ALEXANDRA estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE Y GESTIÓN DEL RIESGO EN ENFERMERAS DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE UNA CLÍNICA PRIVADA – LIMA, 2021.", 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
GUERRERO MENDOZA YURIKO ALEXANDRA DNI: 72025873 ORCID 0000-0002-9639-9890	Firmado digitalmente por: YGUERREROM3001 el 20-07-2021 20:11:36

Código documento Trilce: INV - 0329681