



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

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

**Gestión Directiva y la relación con el Error médico de un Hospital
en Lima, 2022**

AUTOR:

Olivera Gonzales, Raul Jesus (orcid.org/0000-0001-7631-7045)

ASESOR:

Dr. Quinteros Gomez, Yakov Mario (orcid.org/0000-0003-2049-5971)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la Salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2022

Dedicatoria

A Dios creador que ilumina mi vida en todo momento.

A mi familia por estar siempre conmigo en todas las etapas de mi vida y a mi hijo Alejandro que me inspira ser cada día mejor.

Agradecimientos

A mis docentes de la maestría por enseñarme y permitir aprender el sendero del conocimiento, a mi asesor por guiarme en este proyecto al compartir su experiencia y sabiduría.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	
Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Índice de contenidos	iii
Índice de tablas.....	v
Índice de figuras.....	vii
Resumen.....	viii
Abstract.....	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II.MARCO TEÓRICO.....	7
III. METODOLOGÍA.....	36
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	37
3.2. Variables y operacionalización.....	37
3.3. Población, muestra y muestreo.....	40
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	41
3.5. Procedimientos.....	43
3.6. Método de análisis de datos.....	43
3.7. Aspectos éticos.....	44
IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	45
V. DISCUSIÓN.....	61
VI. CONCLUSIONES.....	66
VII. RECOMENDACIONES.....	67
REFERENCIA.....	68

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Anexo 2: Matriz de operacionalización

Anexo 3: Consentimiento informado.

Anexo 4: Instrumentos

Anexo 5: Validez

Anexo 6: Confiabilidad

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Niveles de porcentajes de la variable Gestión Directiva de un hospital en Lima, 2022.....	52
Tabla 2.	Niveles del porcentajes de la dimensión Planificación de un hospital en Lima, 2022.....	53
Tabla 3.	Niveles de porcentajes de la dimensión Organización de un hospital en Lima, 2022.....	54
Tabla 4.	Niveles de porcentajes de la dimensión Dirección de un hospital en Lima, 2022.....	55
Tabla 5.	Niveles de porcentajes de la dimensión Control de un hospital en Lima, 2022.....	56
Tabla 6.	Niveles de porcentajes de la variable Error Médico de un hospital en Lima, 2022.....	57
Tabla 7.	Niveles de porcentajes de la dimensión Error Diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.....	58
Tabla 8.	Niveles de porcentajes de la dimensión Error Terapéutico de un hospital en Lima, 2022.....	59
Tabla 9.	Niveles de porcentajes de la dimensión Error Preventivo de un hospital en Lima, 2022.....	60
Tabla 10	Niveles de porcentajes de la dimensión Error operativo de un hospital en Lima, 2022.....	61
Tabla 11.	Relación entre la gestión directiva y el Error médico de un hospital en Lima,2022.....	62
Tabla 12.	Relación entre la Dimesión planificación de la Gestión directiva y el Error médico Diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.....	63
Tabla 13.	Relación entre la Dimesión organización de la Gestión directiva y el Error médico Diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.....	64
Tabla 14.	Relación entre la Dimesión dirección de la Gestión directiva y el Error médico Diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.....	65

Tabla 15. Relación entre la Dimesión organización de la Gestión directiva y el Error médico Terapéutico de un hospital en Lima, 2022.....	66
Tabla 16. Relación entre la Dimesión dirección de la Gestión directiva y el Error médico Terapéutico de un hospital en Lima, 2022.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Distribución de la frecuencia de la variable Gestión directiva de un hospital en Lima, 2022.....	52
Figura 2.	Distribución de la frecuencia de la dimensión planificación de la gestión directiva de un hospital en Lima, 2022.....	53
Figura 3.	Distribución de la frecuencia de la dimensión organización de la gestión directiva de un hospital en Lima, 2022.....	54
Figura 4.	Distribución de la frecuencia de la dimensión dirección de la gestión directiva de un hospital en Lima, 2022.....	55
Figura 5.	Distribución de la frecuencia de la dimensión control de la gestión directiva de un hospital en Lima, 2022.....	56
Figura 6.	Distribución de la frecuencia de la variable Error médico de un hospital en Lima, 2022.....	57
Figura 7.	Distribución de la frecuencia de la dimensión Error diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.....	58
Figura 8.	Distribución de la frecuencia de la dimensión Error terapéutico de un hospital en Lima, 2022.....	59
Figura 9.	Distribución de la frecuencia de la dimensión Error preventivo de un hospital en Lima, 2022.....	60
Figura 10.	Distribución de la frecuencia de la dimensión Error operativo de un hospital en Lima, 2022.....	61

RESUMEN

Un mundo de cambios paga el precio de los conocimientos en base a “ensayo y error” y la salud no es ajeno a ello. El incremento de las denuncias por el “error médico”, nos lleva a analizar y conocer sobre el tema, es labor imperiosa de los gestores directivos de cambiar el paradigma de su significado. El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la gestión directiva y el error médico de un hospital en Lima, 2022. Es una investigación del tipo básica con diseño no experimental y correlacional. Se utilizó un instrumento de 44 ítems para efectos de la investigación. Se validó con la participación de 3 jueces como expertos; se contó con 70 trabajadores sanitarios como muestra y se realizó el muestreo por conveniencia. La recolección de la data se realizó en el programa Excel, luego se procesó en el programa SPSS versión 25 para el análisis. Se realizaron estadísticas descriptivas y pruebas de hipótesis para ambas variables. Como resultado se comprobó que existe relación significativa entre la gestión directiva y el error médico ($p < 0,001$). Asimismo con una correlación positiva de $r = 0,393$. Es decir una buena gestión directiva conllevaría a disminuir los errores médicos. Por lo cual se concluye que existe relación significativa entre la gestión directiva y el error médico de un hospital en Lima, 2022.

Palabras clave:

Gestión directiva, error médico, acto médico, liderazgo.

ABSTRACT

A world of change pays the price of knowledge based on "trial and error" and health is no stranger to it, the increase in complaints about "medical error", leads us to analyze and learn about the issue, it is imperative for managers to change the paradigm of its meaning. The objective of the study was to determine the relationship between management and medical error in a hospital in Lima, 2022. It is a basic research with a non-experimental and correlational design; a 44-item instrument was used for research purposes; it was validated with the participation of 3 judges as experts; 70 health workers were counted as a sample and convenience sampling was carried out. Data collection was carried out in Excel, then processed in SPSS version 25 for analysis. Descriptive statistics and hypothesis tests were performed for both variables. As a result, it was found that there is a significant relationship between directive management and medical error ($p < 0.001$). In turn, with a positive correlation of $r = 0.393$, i.e. a good directive management would lead to a decrease in medical errors. Therefore, it is concluded that there is a significant relationship between executive management and medical error in a hospital in Lima, 2022.

Keywords:

Directive management, medical error, medical act, leadership.

I. INTRODUCCIÓN

Las instituciones públicas y privadas están trabajando en estrategias de apoyo al fortalecimiento institucional, al clima y a la gobernanza para que el equipo directivo pueda organizar, evaluar y desarrollar el funcionamiento general de la institución. La gestión en las empresas ha dejado de ser un paradigma de excelencia, ya que a las organizaciones les resulta cada vez más difícil reconocer las malas prácticas con las que realizan su trabajo en la organización.

Las instituciones sanitarias se esfuerzan por aumentar la eficiencia en todos los ámbitos y/o sistemas de gestión, desarrollando una serie de actividades y utilizando los recursos de la mejor manera posible, ya que esta tarea es de por sí difícil al contar con un número importante de personal con diferentes intereses, formas de pensar y percepciones de las cosas. La característica principal de cualquier estructura es el factor humano, de cuya eficacia depende en gran medida el trabajo.

El movimiento de desarrollo del puesto de trabajo nació en 1962 con el objetivo de promover el crecimiento personal y el desarrollo del empleado según su potencial. Esta acción puede explicarse por varios factores, entre ellos: la necesidad de un nuevo enfoque de la gestión, que tiene una nueva concepción del individuo y de la organización moderna que tiene su base en la dinámica motivacional. Los objetivos de los individuos no siempre coinciden con los del trabajo, lo que lleva a los miembros de la organización a adoptar un comportamiento alienante e ineficaz, que conduce a la retirada y a menudo impide la consecución de los objetivos institucionales (López y López, 2019).

Por último, los empleados en general muestran insatisfacción con el ambiente de trabajo en las empresas, lo que se convierte en un motivo de preocupación para los gestores de las organizaciones; los esfuerzos del factor humano son fundamentales para la dinámica de cualquier organización, por lo que se debe dar prioridad a sus miembros. También se ha observado que la seguridad del paciente y los errores médicos son objeto de muchas investigaciones en el ámbito sanitario. Varias publicaciones han descrito el gran impacto de los costes

relacionados con los errores en la financiación de la asistencia sanitaria. Esto representa un gran reto para reducir los errores en la asistencia sanitaria y pone

La competencia de la gestión directiva es el desafío que necesita toda institución del sector salud porque busca dar soluciones asertivas a todas las demandas sanitarias que se presenten. Se debe disponer de profesionales calificados en la dirección, gestión y administración de sus recursos, estructura, personal especializado alineados con valores y ética dedicada a la salud. Donde el diagnóstico, manejo y soluciones de los diferentes conflictos que surgen en la atención médica les permitirá desarrollar de manera adecuada comprender, interpretar y aplicar estatutos reguladoras de las actividades y funciones de los trabajadores de la salud relacionados a la gestión clínica acorde al reglamento jurídico de la región. Por lo tanto tener los conocimientos en gestión de salud permitirá no solo analizar diversas situaciones o conflictos, por el contrario facilitara tomar decisiones asertivas ante errores médicos y permitirá crear e implementar estrategias oportunas según las necesidades, el cual se traducirá en una mejor calidad del servicio y el buen trato a los pacientes.

No todo conocimiento es verdad, pero si toda verdad es conocimiento y esto lleva a un cuestionamiento y margen de error, dado la valoración subjetiva del individuo en sus actividades al momento de emitir un juicio de valor. La atención médica diagnóstica es un proceso cognoscitivo, con el objetivo de obtener la exactitud del diagnóstico al momento de abordar la enfermedad, se deduce ahí que está sujeto a errores hasta que se ejecute en la práctica, "siendo esta el criterio de la verdad", donde la teoría se verifica y se transformara el conocimiento en verdad.

A nivel sanitario, las consecuencias de los errores médicos son muy importantes, ya que provocan numerosos problemas de salud, secuelas y discapacidades y efectos directos e indirectos a nivel individual, familiar y social. Hoy en día, una decisión errónea puede dar lugar a acciones legales por parte del médico. Cuando un error se considera catastrófico, es importante considerar qué lo ha provocado y cuáles son sus consecuencias, ya sean debidas a la variabilidad biológica, a un fallo de los equipos, a una mala comunicación con el paciente y la

familia o a una formación inadecuada del personal, teniendo en cuenta que son evitables y que todos los problemas conducen a la exigencia de responsabilidades, que se traducen en sanciones - económicas o de cárcel - para quienes los cometen (Portela y et al., 2019).

Es importante también conocer el concepto de error y describir la teoría del error humano, ya que hablar de ello es hablar de un tema complejo y polémico por las múltiples causalidades y la cuestión de culpabilidad como autocrítica en base a la teoría del error humano.

El error médico es un problema preocupante y creciente en todos los sistemas de salud del mundo, debido al aumento de las denuncias de los pacientes en el ejercicio de atención en salud. Los estudios en la Unión Europea y los Estados Unidos indican que el 10% de las hospitalizaciones están asociadas con algún tipo de daño al paciente. (Alvarado 2009).

La revista *The New England Journal of Medicine*, refiere al evaluar 1450 solicitudes por negligencia de 5 empresas de seguros médicos entre los años 1984-2004 concluye que el 40% demandas médicas por mala práctica en EEUU, eran infundadas es decir no había error médico.

La revista *The Harvard Medical Practice Study (HMPS)*, dirigida por Brennan y Leape, fue publicado en dos artículos consecutivos (Brennan et al. 1991, Leape et al. 1991) y después de más estudios de error médico y eventos adversos con metodologías similares, el primer documento de política influyente en error médico en los E.E.U.U (Instituto de medicina 1999) fue lanzado.

Como consecuencia, la seguridad del paciente pronto se convirtió en una prioridad en algunos países desarrollados y ahora está en la vanguardia de la agenda de política del Departamento de salud con el fin de promover la importancia de aprender del error y en gran medida basándose en la obra de la razón (1990, 1997) y en la publicación de una organización con memoria (Departamento de salud 2000) que primero describían la naturaleza del error, sus raíces y consecuencias para el servicio nacional de salud británico (NHS).

En el mundo millones de pacientes sufren daños relacionados a la atención de salud por segura, con saldo de más 2.5 millones de muertes al año en países con PBI bajo o medios. Muchos de estos decesos pueden evitarse. Los efectos sociales, económicos y personales del error médico conllevan a pérdidas de billones de dólares en todo el mundo.

Cada 5 minutos muere al menos 1 persona debido a la atención médica poco segura según la Organización Mundial de la Salud (OMS), debe promoverse una cultura medica segura debido que 4 de cada 10 pacientes sufren daños durante la atención en salud, relacionándose más con el diagnóstico y la prescripción terapéutica, donde los errores de medicación conllevan a \$42 000 millones dólares al año. Las complicaciones producto de procedimientos quirúrgicos se asocian a un 25% más de gasto de bolsillo.

El panorama mundial de la seguridad de los pacientes ante los errores médicos nos indica según la OMS que 1 de cada 10 pacientes sufren daños mientras recibe atención hospitalaria y causan 2,5 millones de muertes anuales y se registran al menos 134 millones cada año y es 1 de las 10 causas principales de muerte y discapacidad a nivel mundial. Las complicaciones quirúrgicas cerca de 7 millones de pacientes intervenidos quirúrgicamente presentan complicaciones significativas cada año, donde 1 millón mueren durante una intervención o después de ella.

Los errores ocurren, incluso para los más atentos y capacitados profesionales con múltiples tareas de alto estrés. Y es por eso que necesitamos sistemas claros de accionar bajo una gestión en salud asertiva para así asegurarnos de que los errores humanos y los pasos en falso inevitable se detecten antes de que provoquen daños al paciente. Castigar a un personal de salud (médico, enfermeros, técnicos, etc.) no garantiza que no ocurra una tragedia similar en otro hospital.

La Asociación Médica Mundial (AMM), reporta un incremento de las denuncias legales a nivel mundial que repercute de manera negativa al ejercicio de la medicina, así como a la disponibilidad y calidad de los servicios de salud. Es tarea de las gerencias directivas y organizaciones establezcan reformas asertivas que promuevan un entorno médico –legal idóneo que facilite realizar la práctica médica más segura y eficaz en beneficio de los pacientes.

Por lo anteriormente expuesto, el problema general de la presente investigación se formula de la siguiente manera: ¿Qué relación tiene la gerencia directiva y el error médico de un hospital en Lima - 2022?

Asimismo podemos formular los siguientes problemas específicos: ¿Cuál es la relación entre la planificación de la gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital en Lima?, ¿Cuál es la relación entre la organización de la gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital en Lima?, ¿Cuál es la relación entre la dirección de la gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital en Lima?, ¿Cuál es la relación entre la organización de la gestión directiva y el error médico terapéutico de un hospital en Lima ? y ¿Cuál es la relación entre el dirección de la gestión directiva y el error médico terapéutico de un hospital en Lima?

El estudio se justifica teóricamente porque recogerá información sobre cómo la gestión puede influir en los errores médicos en el hospital, lo que permitirá conocer mejor su relación y contribuir al desarrollo de nuevas investigaciones. En la práctica, permitirá conocer el estado y la relación de las variables en el Hospital, lo que ayudará a la institución a tomar mejores decisiones para encontrar estrategias que reduzcan el número de errores médicos y los costos y muertes que pueden causar. Por último, desde el punto de vista metodológico, el estudio proporcionará herramientas validadas para la recogida de datos y un proceso de investigación basado en un método científico que podrá reproducirse en futuros estudios.

El error médico es un problema creciente, persistente y en amenaza en la atención de salud que involucra a todos los profesionales que ejercen dicha actividad, más aun con el incremento poblacional y la gran demanda sanitaria asociada. El ejercicio de la medicina la mayoría errores son de juicio, pero algunos son más devastadores, donde la culpa de esta tragedia sigue siendo objeto de debate que implica responsabilidad moral y legal. Debido a la gran cantidad de pacientes en los servicios, es necesario definir claramente los aspectos que puedan causar conflictos entre el medio de los profesionales en los sistemas de salud y se enfoquen a disminuir los errores, de esta manera puedan encontrar soluciones que mejoren sus actividades.

Con la elaboración del proyecto de gestión directiva y el error médico en los servicios de un hospital ayudara a la institución mejorar sus actividades debido a que el origen puede estar relacionado con la organización e implementación de la gestión de los servicios a través de complejos mecanismos.

Por lo tanto, tenemos el siguiente Objetivo General: Determinar la relación de la gestión directiva con el error médico dentro de un Hospital en Lima 2022. De los cuales van a surgir los siguientes objetivos específicos: Determinar la relación entre la planificación de la gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, Determinar relación entre la organización de la gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, Determinar la relación entre la dirección de la gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, Determinar la relación entre la organización de la gestión directiva y el error médico terapéutico de un hospital en Lima , Determinar la relación entre la dirección de la gestión directiva y el error médico terapéutico de un hospital en Lima,2022.

Asimismo, la hipótesis que se plantea para este estudio de investigación es la siguiente:

La gestión directiva de un hospital se relaciona con el error médico de un hospital en Lima, 2022. De los cuales van a surgir las siguientes hipótesis específicas: La planificación de la gestión directiva tiene relación con el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, La organización de la gestión directiva tiene relación con el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, La dirección de la gestión

directiva tiene relación con el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, la planificación de la gestión directiva tiene relación con el error médico terapéutico de un hospital en Lima y si la organización de la gestión directiva tiene relación con el error médico terapéutico de un hospital en Lima .

II. MARCO TEÓRICO

Sagredo (2019) en una publicación acerca de la relación de la gestión directiva, satisfacción y motivación docente, hace referencia que los líderes y gestores directivos son los promotores de la motivación, potenciando la participación y el accionar de los docentes para conseguir los objetivos en base a estímulos de reconocimiento por su labor. La motivación y la satisfacción van de la mano y su compromiso está ligado al grado de participación y respaldo a sus trabajadores (docentes) dentro de la organización, que entreguen los directivos. Objetivo: conocer la relación de la variable gestión y la satisfacción, el compromiso y la motivación de los docentes en diferentes centros educativos. Método: El estudio es cuantitativo, selectivo o correlacional y su diseño es transversal no experimental. Población: conformada por 59 docentes que laboran en centros educativos adultos en Chile, Resultados: Se utilizó la escala de Likert y correlación de Pearson. Donde la correlación entre la gestión directiva y compromiso docente es 0.789 (correlación positiva) y significativa ($p: 0.01$); así como la relación entre la gestión directiva y motivación docente es de 0.398 y moderadamente significativo ($p: 0.05$) también se obtuvo correlación positiva entre la gestión directiva y la satisfacción laboral con resultados de 0.696 y $P < 0.05$. Donde al final el autor concluye que la gestión directiva y la satisfacción, el compromiso y motivación tienen una correlación positiva. Y la gestión de la educación de los gerentes y el desarrollo del liderazgo son las claves para el desarrollo de la organización y el logro de las metas establecidas. La gestión debe fomentar a establecer un ambiente de aprendizaje y enseñanza continua así como un clima organizacional óptimo. Se debe promover la innovación y el desarrollo académico de la gestión educativa como ciudadanos del siglo XXI.

Alegre *et al.* (2021) menciona en un trabajo que los estilos de liderazgo son el fundamento de una gestión y el éxito de todo jefe depende del liderazgo y su gestión. La literatura es limitada y calidad de los directores de gestiones variada. Los líderes administradores (jefes) su forma de pensar son más compatibles con la aceptación de reglas y normas y que todos los demás tienen que aceptar sin importarles sus discrepancias. Objetivo: realizar un análisis constructivo de la relación entre la gestión directiva y el liderazgo en centros educativos con sus directores y necesidades dentro del área. Metodología: Es un trabajo cualitativo, descriptivo. La recolección de datos fue en web google Académico. Resultados: La gestión directiva educacional tiene la responsabilidad a garantizar la calidad educativa con efectividad y representando los intereses generales del comunidad educativa. Se debe diferenciar diversos tipos de gestión como la institucional, estratégica, operativa y administrativa. La consolidación de la autoestima en los alumnos es fundamental para el desarrollo institucional, forjado con conocimientos y experiencias de aprendizajes. El trabajo en equipo, la innovación tecnológica física e instructiva, la comunicación, la autoevaluación conlleva al desarrollo y cambios educativos en los docentes y alumnos. El liderazgo no solo debe ser atributo de la gerencia sino incluir a todos los miembros de la escuela a través de la educación transformacional, debido al incremento y complejidad de los desafíos. Los educandos tienen una gran labor de enseñanza de desarrollo y autoformación. En conclusión a la revisión bibliográfica que los centros educativos son la base de cultura y desarrollo de los educandos en la sociedad, donde se define la ideología, los valores, creencias y normas permitiéndoles adquirir conocimiento actualizados ante los retos y problemas que contiene la sociedad. Se debe dejar aquellos sistemas educativos solo enfocados en gratificaciones económicos. Deben convertirse en centro culturales del desarrollo humano para el futuro. De ahí nace la importancia de la gestión directiva y su capacidad de liderazgo en los centros educativos a los profesores y lo trascendente de su función que repercutirá en el alumnado, el docente debe ser consciente de la responsabilidad educativa de calidad en sus educandos.

Lumbreras *et al.* (2020) define que la calidad de vida laboral (CVL) se basa en satisfacción que todos los trabajadores perciben en su centro de labores y está

influenciada por el tipo de gestión directiva (GD) que se establezca, donde la CVL busca mejorar el talento humano e incrementar bienestar de los trabajadores en el contexto social, laboral y familiar. La Organización mundial de la Salud (OMS) promueve la reingeniería de la cultura laboral a través de la desburocratización de la gestión con eficiencia y competitividad. Donde actualmente en América Latina existen instituciones de salud deficientes en lo profesional y en recursos invertidos. La gestión directiva debe conocer el clima organización de su centro de trabajo a cargo para identificar las falencias y debe valorar el capital humano que es la piedra valiosa de toda organización para conseguir una mayor productividad. Las acciones de la gestión directiva es la clave para conseguir mejor desempeño y bienestar en los trabajadores. Objetivo: Evaluar la influencia que tiene la gestión directiva sobre el desempeño organizacional y la calidad de vida laboral. Material y métodos: Estudio transversal analítico realizado año 2013, población muestra de 866 trabajadores de la salud y directivos, de los 7 hospitales públicos de nivel II de atención en la ciudad de México. La CVL, el desempeño laboral y la Gestión directivo fueron medidas con instrumentos validados de 57,34 y 25 ítems respectivamente. Resultados: media de edad fue 40 años, más del 50% tenían estabilidad laboral y el 50% eran enfermeras, donde se evidencio que aquellos hospitales que tuvieron una mejor GD tuvieron más de 2.5 veces la posibilidad de una mejor CVL, mejorando más 70% bienestar individual y el 96% del medio ambiente laboral de forma significativa con ($p < 0.05$). Los que tuvieron alta CVL tiene más 65% probabilidad de tener mejor desempeño organizacional ($p < 0.05$). Al final se concluye que la GD de los hospitales tiene la responsabilidad de mejorar su organización con eficiencia y calidad, encaminadas en al talento humano y la armonía de convivencia laboral entre los trabajadores para un mejor desempeño para obtención de mejores indicadores sanitarios.

Tzoumas *et al.* (2021) menciona en una investigación que toda cirugía conlleva a riesgos para el cirujano en caso de error médico pudiendo afectar hasta el ejercicio profesional. La delimitación de la responsabilidad medica es un problema judicial por dependencia del ejercicio profesional que conlleva, donde las acciones del acto médico se juzgaran por las respectivas directrices y reglas del arte y

ciencia medica.El objetivo de su revision fue evaluar la situacion actual de responsabilidad medica en cirugia general en Grecia para entender los motivos de denuncias de negligencia medica y la relacion de estas con las sentencias judiciales,permitiendo asi mejorar la gestiones futuras para disminuir el error médico.Material y metodos:Para ello se reviso sentencias judiciales en los banco legales de casi 50 años entre 1973-1920, siendo analizadas por expertos integrados por un cirujano general, anestesioologo ,abogados. Resultados: se revizo 588 sentencias, donde 103 (17%) eran penales (n=81) o civiles y administrativos (n=22).Dentro de las sentencias penales, 27 hacen referencia a homicidio negligente, 16 a lesiones corporales y 7 fueron absueltas.Y en los casos civiles de las 22 sentencias c/sin indemnizacion que refieren a homicidios y lesiones coprorales negligente y absoluciones fueron 3, 7, 2 respectivamente. Dentro causas de homicidio negligente penal/civil 11 fueron por cirugias laparoscopica y bariaticas,y 14 por errores diagnósticos. Conclusiones: Los errores médicos conlleva a retos a corto y largo plazo, desde la etapa formativa y el ejercicio del acto médico para poder disminuirlo y detectar deficiencias clinicas en la practica, por ello se debe plantear la creacion de un centro de reporte de errores tanto diagnósticos y terapéuticos asi como sus complicaciones con motivos de aprendizajes para el professional mas que punitivos.

Chacón (2018). En una trabajo donde evalua la gestión directiva en relación con el desempeño laboral de los trabajadores en el área estadística hace mención la necesidad y preocupación por mejorar el desenvolvimiento de los gestores directivos hacia los trabajadores con el fin de generar confianza y fortalecer sus actividades para una mayor calidad de servicio.La investigación se desarrollo en el area departamental de Estadística e informática en la region Ucayali, con una población muestral de 33 trabajadores, fue de tipo correlacional aplicada no experimental con enfoque cuantitativo, utilizando un cuestionario para la variable gestión y desempeño laboral con 28 y 22 items respectivamente.Obteniendo como resultados que 33 trabajadores que representa el 100% refieren que el desempeño de la Gestión directiva es medianamente eficiente, asi como al evaluar la habilidad técnica - administartiva lo califican como medianamente eficiente siendo el 84,8% que representa a 28 trabajadores. Demostrando así que

existe relación significativa entre las variables gestión directiva y el desempeño laboral con $p < 0.000$ con una correlación muy alta con $Rho = 0.875$. Toda esta información refuerza la importancia de responsabilidad de los jefes directivos que influenciara en mejorar el desempeño laboral, a su vez permitiera obtener herramientas de análisis, de evaluación e identificación de aquellas trabas que podrían entorpecer la concretización de los objetivos como organización y más aun sobre su desempeño laboral.

Novatzki *et al.* (2018) sostiene que ante el aumento de la incidencia de errores y fallas humanas en salud, Los temas de seguridad del paciente y calidad de la atención ahora están más relacionados y son relevantes, debido al aumento de hospitalización, secuelas y muertes que generan costos asociados al sistema. Sin mencionar la cobertura de los medios informativos que hacen más difusión ante estos eventos de error y que involucra a los líderes, directivos y gestores de las instituciones y profesionales de enfermería tomar acción y análisis de los hechos. La mayoría de las veces el miedo al castigo, el desprestigio permite mantener en el oscurantismo los errores y no son analizados con el objetivo de aprender para futuras generaciones. El trabajo del personal de enfermería es complejo y dinámico y está lleno de desafíos que condicionan a errores, y tienen que ser analizados, buscando aprender de las fallas y proteger a los profesionales ante la estigmatización de la sociedad. Objetivo: Analizar la postura de los líderes gerenciales de enfermería sobre los errores sanitarios publicados por medios de comunicación de Brasil y Portugal. Metodología: Estudio cualitativo, retrospectivo publicaciones diarias o noticias de errores de enfermería antes del 2016. Resultados: revisaron 112 noticias relacionados al error de administración de medicamentos siendo las enfermeras el grueso de profesionales involucrados. La gestión directiva reveló las carencias estructurales y organizativas del trabajo de los enfermeros como sobrecargas laborales, hacinamiento y falta de capacidad resolutoria asociada a una alta demanda está ligada a errores y accidentes laborales. También hace mención la falta de supervisión del ejercicio profesional, más aun en la fase de formación de estudiantes en las escuelas de enfermería. Establecieron procesos de atención segura e investigación administrativa de culpabilidad cautelar para esclarecer los hechos bajo el código ético disciplinario.

Los Gestores institucionales deben promover educación continua e instaurar una cultura de salud segura, más allá del hecho mismo sancionador focalizado. Conclusiones: los gestores directivos de enfermería en las instituciones deben reflexionar sobre estos problemas debido a la insuficiente estrategia al momento de abordarlos garantizando un ejercicio de calidad segura y profesional más eficiente.

De Barros Costa *et al.*(2021) considera que la seguridad de los pacientes es uno de los indicadores importantes de calidad de atención. Cada vez más aumentan los conocimientos para reducir, controlar los riesgos y así evitar los errores médicos en la medicación, entendiéndolo desde sus diversas etapas: prescripción, dispensación y administración, incluso en el seguimiento inadecuado del paciente. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el 2017 que los costos por errores en la medicación son aproximadamente US 40 mil millones por año, debido al incremento de las tasas de mortalidad, hospitalizaciones prolongadas y el aumento de atenciones médicas. Todo ello genera iniciativas globales de establecer mejores gestiones en salud con el fin de reducir los errores en medicación, siendo como el tercer desafío Global de la OMS "Medicación sin Daño". Hacen mención que los problemas relacionados a la gestión y organización en salud son parte de los factores desencadenantes de los errores de medicación, es por ello recomiendan desarrollar estrategias o sistemas de procesamiento de información en la medicación más eficientes para su detección y prevención de errores en la medicación. Objetivo: Conocer las estrategias para disminuir los errores en medicación en pacientes hospitalizados Método: revisión sistemática de publicaciones en revistas médicas. Resultados: De 12 estudios comprendidos del 2015 al 2019 se establecen estrategias para reducir los errores de medicación como la digitalización electrónico sistemático de las historias clínicas para la atención médica, participación de familiares y farmacéutico en la adherencia de la medicación, educación continua del personal sanitario con enfoque a mejorar su eficiencia y eficacia al momento de la administración terapéutica. Conclusión: la modernización tecnológica y mejoramiento de la intercomunicación paciente-personal sanitario, se conseguirá reducción significativa de los errores y los efectos adversos de la medicación mejorando así la calidad en salud.

Grossman *et al.* (2022) hace referencia las áreas de emergencias presentaron disminución de mas 40% con la pandemia del Covid-19 en EEUU. Factores como el miedo al contagio, tiempo de espera atención, distanciamiento social asi como la falta de personal sanitario influyeron en el desempeño laboral, sin mencionar la carga laboral, el stress, factores humanos, la organización institucional, complejidad de la enfermedad. La llegada del Covid-19 haria pensar una reducción en los errores debido a la disminución del volumen de atención, siendo el objetivo de su trabajo determinar si se refleja la reducción en la tasa de error. El trabajo fue retrospectivo en un centro hospitalario en Bostón, comparando los trimestres del 2020 con del año 2019-2018, poblacion de 57 000 atenciones en emergencias, se recolectó información del sistema electronico de registro en base a quejas siendo >7000, reingresos en 72h, requerimiento de UCI, fallecidos <24h, necesidad intubación o UCI. La muestra fue tomada al azar por conveniencia y utilizo la escala de Likert y de control conformado por un comité sanitario. Para los reingresos <72h y decesos <24h no hubo diferencias significativas ($p<0,05$) siendo 15% y 5% comparado 12% y 3% respectivamente en los trimestres del 2020- 2019-2018. Y el número y tasa de errores entre esos años tampoco hubo diferencias significativas 27/ 7001; 26/10 812 y 31/11 300 siendo 0,39%, 0, 24% y 0,29% respectivamente ($p<0,05$). Las limitaciones a la exposición del Covid conllevo a la reducción de los espacios de atención, generando asi prolongar el tiempo de espera y por ello aumentar la tasa de error sin contar que no cambio el tiempo del alta siendo temas de discusión aún. El autor concluye que una disminución del volumen de atención durante el covid 19 no reduce la tasa de error médico significativamente, dando entender asi que el problema del error es multifactorial.

Moonen *et al.* (2017) en una revisión del departamento de emergencias, área donde es más propenso a cometer errores de diagnóstico debido a la gran demanda y premura en la atención generando un entorno de tensiones sin mencionar otros factores que contribuyen como el hacinamiento, la variedad de patologías u otros distractores así como las condiciones laborales. Ello genera el incremento de denuncias médicas siendo en EEUU un 6% las denuncias en el área de emergencias, donde la causa más frecuente es por errores diagnósticos (ED). Los ED corresponden más a trauma menores siendo las fracturas, las luxaciones y lesiones de tejidos blandos. El objetivo fue determinar la frecuencia y causas de ED o diagnósticos primarios omitidos. El estudio fue descriptivo – retrospectivo realizado de un hospital en Bélgica 2015 durante 6 meses en área de emergencias con ingreso de traumatismo menor, la data se recolectó en Excel y se analizó usando el Chi 2 y prueba T no apareada. Los resultados de la población de 4025 atenciones ambulatorias, solo 1834 fueron registrados dentro del periodo de estudio y solo 56 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, dieron 57 diagnósticos omitidos que representa 1.39% de todos los traumas menores, donde 17 hubieron datos incompletos (30,4%) y 20 datos inadecuados (35,7%), los diagnósticos omitidos más frecuentes fueron fractura de tobillo 13, muñeca 8 y pie 7. Los ED lo clasifican en 2 grupos; por omisión de antecedentes o examen físico y por la falta de evaluación e interpretación médica correcta. Solo 6 casos que representa el 0.14% se confirmó ED. Los demás casos fueron catalogados como diagnóstico primario omitido. Discusión: La prevalencia es de 1.39% de diagnósticos omitidos dentro periodo 6 meses, en el trabajo se incluyeron también a los errores diagnósticos. Concluyen que la manera de reducir y prevenir los litigios y los errores médicos parten de un enfoque más allá de la medicina (multidimensional) donde resaltan indirectamente la función de la dirección médica en planificar, organizar y reevaluar mecanismos de enseñanza que permitan detectarlos y aprender de ello.

Esque *et al.* (2016) hace referencia al creciente problema de los errores de medicación (EM) en las unidades neonatales de cuidado intensivos (UCI), siendo problema grave, de responsabilidad no solo al personal sanitario sino para las organizaciones y los administradores gerenciales. Se estima que los EM son 8 veces más frecuentes que las UCI adultos. La variabilidad de la población, por sus

diferencias fisiológicas, patologías, farmacológicas, y la gravedad de su enfermedad condiciona a cometer errores en su distintos momentos del acto médico y más aún el no poder comunicarse con el paciente a tratar. El objetivo fue analizar los EM su incidencia en la unidad neonatal y determinar sus características y factores causales para así conocer y generar estrategias de prevención. El estudio prospectivo iniciando el 2008, se realizó en la UCI neonatal de Hospital en Barcelona, se creó un registro anónimo de reporte, siendo la población de 1628 registros y solo 511 corresponde a EM. Su incidencia es 19,7 EM x 100 niños hospitalizados. Donde los errores de prescripción, administración fueron 39,5% y 68.1% respectivamente y solo 3(0,6%) no fueron considerado EM sino reacción adversa médica. El 89,4% no tuvo implicancia sobre el paciente, siendo la distracción causa más frecuente 59% y considerando el 99,4% de los EM evitables. Concluyendo la necesidad imperiosa de conocer la realidad problemática del error más allá del ámbito médico y así poder generar medidas preventivas en participación conjunta del personal sanitario y directivos donde la organización de equipos de trabajos contribuirá a la reducción del EM terapéutico.

Fuente del campo *et.al.* (2018) considera que la mala práctica (malpraxis) consiste en aplicar tratamiento inadecuado en la atención médica perjudicando la salud, donde el profesional no era competente para la atención. Es importante distinguir error y malpraxis. El incremento de las demandas por negligencia médicas, condiciona a que las aseguradoras incrementen los costos de salud por la indemnización legal, a su vez la aplicación de una medicina defensiva encareciendo así el servicio por sobrecostos. El profesional es sujeto de responsabilidad jurídica cuando actúa con negligencia, impericia y/o imprudencia. La sanción del ejercicio médico conlleva a responsabilidad médica, penal, civil y administrativa. El profesional de salud no está obligado a garantizar resultados, sino ofrecer procesos conforme condiciones vigentes de la ciencia y circunstancias. La comunicación y relación médico pacientes así como el consentimiento informado son aspectos importantes para evitar controversias. Los tipos de errores médicos pueden ser por fallas diagnóstico, terapéuticos, preventivo y otros. Por ello se deben seguir guías o protocolos preestablecidos. La responsabilidad medica se establece en base a Lex artis ad hoc que se define como la correcta realización de un acto médico concreto y los jueces acepta la

participación de peritos para determinar culpabilidad y demostrar nexo de causalidad. En EEUU el incremento de demandas multifactoriales asociados a reclamos indemnizatorios con cifras millonarias fundadas o infundadas ha generado inestabilidad del sistema de aseguradoras ya que no satisfacen las necesidades de la demanda provocando más pérdidas. En EEUU se reporta que el 70% de cirujanos han tenido como mínimo 1 demanda durante el ejercicio de su profesión. De cada 4 demandas 3 resultan favorables para el médico.

Según Asociación Médica Mundial (AMM) existe incremento de la cultura del litigio afectando negativamente el ejercicio médico generando así la medicina defensiva relacionado a Malpractice Crisis. La cultura del litigio engendra cinismo y desconfianza permitiendo poder demandar por cualquier motivo con la finalidad de obtener algún beneficio, desvirtuando en ambas partes la relación médico-paciente.

La AMM exige que las leyes garanticen y protejan al personal sanitario de los juicios sin fundamentos y sean garantes de un entorno médico – legal asertivo.

Según la revista The New England Journal of medicine de 1452 denuncias por negligencia de 5 compañías de seguros entre 1984-2004 en EEUU el 40% eran infundadas. En México según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) el 2017 las especialidades que tuvieron más demandas fueron Ortopedia, cirugía general y obstetricia siendo 13, 10 y 8% respectivamente. El total de 330 denuncias el 70% corresponde al sector público y el 30% al privado, se asocia a 3 factores: mala relación médico –paciente, mala cirugía y mal diagnóstico. En México se gastan 100 millones de pesos por medicina defensiva, representando el 20% del presupuesto del sector salud en México sin contar juicios prolongados.

En la medida de no disponer investigaciones recientes al tema se tomo varios estudios relacionados a la problemática de gestión y error, mencionando el trabajo realizado por **Peña et al. (2004)** donde hace referencia que cada día en los diferentes países se reciben denuncias o quejas por negligencia o mala práctica médica que van en aumento. Y más aún con la digitalización de información es fácil reportarlos para su contabilización. En entidades públicas las

quejas se asocian más a la estructura y el proceso de atención en cambio en centros privados se relaciona al resultado de la atención recibida. La mayoría de quejas es por baja satisfacción que percibe el usuario sobre la calidad de atención. Como objetivo busca determinar que factores son los que se relacionan a las denuncias médicas o quejas contra el personal sanitario del Instituto Mexicano del seguro social (IMSS). Material y métodos: revisión de denuncias en 09 hospitales, por cada denuncia se tomó como controles a 2 historias sin quejas. Se evaluaron factores como: complicaciones, trabajo parto deficiente, error diagnóstico, terapéutico, mala relación médico-paciente. Se utilizó el análisis bivariado prueba de Chi-cuadrado, razón de momios y regresión logística. Para los resultados se consideraron 130 quejas y del grupo control 260, se obtuvo complicaciones durante el tratamiento RM 2.8 (IC 95% 1.3-5.8) error en el diagnóstico RM 3.18 (IC 95% 1.7-5.6), utilización de estudios de rutina RM 3.7 (IC 95% 1.2-11.3), poca información por parte del médico RM 2.64 (IC 95% 1.2-5.7), falta de supervisión durante la hospitalización RM 19.12 (IC 95% 2.2-162.6), alta voluntaria RM 7.2 (IC 95% 2.2-23.6). Llegando a la conclusión que la mayoría de quejas se asocian a una deficiente vigilancia durante la hospitalización, errores diagnósticos y percepciones de expectativas-realidad de la atención. Al final enfatiza la importancia de la comunicación y de mejorar la relación médico – paciente.

Vicente (2014) menciona que el error médico se consideró como una expresión de desprestigio tanto en lo científico como laboral; no así en el derecho y temas económicos. Es imperioso conocer la esencia de los problemas, sus relaciones y de qué manera prevenir y/o reducirlo. Toda verdad es conocimiento, pero no todo conocimiento es verdad y esto conlleva a un margen de error debido a la subjetividad del individuo. Se debe conocer un problema desde sus orígenes y es ahí donde la educación médica en pre y posgrado en la adquisición de destrezas, juega un papel importante para una buena asistencia sanitaria adaptada a sus contextos. La correcta anamnesis, la exploración física y la utilización racional y mesurada de medios complementarios tecnológicos, acompañados de principios éticos y morales son bases para una medicina asertiva, para ser un buen médico a médico bueno. La relación médico-paciente (entrevista) y la propedéutica

médica se deben enfatizar y construir estrategias curriculares que lo mejoren. Toda enseñanza insuficiente ante los problemas generan repuestas de baja calidad en los profesionales. A nivel mundial aún no existe consenso al definir error médico. Para el Instituto de Medicina de los EEUU (IOM) lo define como un evento adverso prevenible en la mayoría de los casos acorde a los conocimientos actuales de la ciencia médica. Otros definen en base a conceptos morales, éticos y deontológicos médico basados en el humanismo. Se debe discernir el EM y la Mala práctica y sus variantes. Concluye que la educación médica superior en los profesionales está relacionada a mayor probabilidad del error médico o mala práctica.

Algieri *et al.*(2012) refieren que los eventos adversos ocurren producto de interacción de condiciones como procesos mal ejecutados, tecnologías mal aplicadas, insuficiente infraestructura o trabajo humano fallidos; originando así eventos deletéreos con discapacidad temporal o permanente llegando hasta la muerte. El origen de la multicausalidad del error médico hace que sea complejo su estudio más allá como enfermedad de base. El Objetivo de su estudio fue determinar, analizar y publicar los eventos adversos evitables ocurridos en procedimientos médico-quirúrgicos en cirugía torácica, así como fomentar una mejor cultura médica de seguridad de riesgos promoviendo el análisis de los factores de riesgo prevenibles. El diseño fue retrospectivo-observacional, la muestra fue de 57 pacientes sometidos a cirugía en un tiempo de 10 años. Resultados: 10 pacientes presentaron eventos adversos, la totalidad (100%) fue considerados prevenibles y ocurrieron por factores humanos. 5 de ellos tuvieron discapacidad temporal y más del 50% fueron por técnicas inadecuadas. En conclusión la ocurrencia de estos eventos adversos indica fallas en el sistema de salud. Es imperioso identificarlos, registrarlos y estudiarlos para así prevenirlos y fomentar una cultura de salud segura.

Borrell *et al.*(2006) manifiestan que los eventos adversos son los daños o lesiones ocasionados a los pacientes de forma directa o indirectamente. Y esta problemática llama el interés mundial la relevancia de investigar, determinar y tipificar los errores medicos o eventos adversos, conocer todo los procesos desde sus causas hasta su prevención en el ámbito hospitalario. A nivel de atención

primaria la multivariedad de ámbitos de trabajo de campo dificulta su investigación, pero hay registros de modelos de clasificaciones como las de Elder et al y de Sánchez y Casajuana que clasifica los eventos adversos como: diagnóstico, terapéutico y preventivo añadiendo el tipo administrativo y de comunicación. Incluso la Academia Americana de Medicina Familiar comparte la misma clasificación. El objetivo del estudio fue evidenciar como el personal de salud concibe y afronta los errores médicos o eventos adversos. Fue un estudio transversal basadas en un cuestionario a todo el personal médico de atención primaria del ámbito territorial de la costa de Ponent, con una población de 717 y una muestra de 238. Donde se midió la negación, percepción, hiperperceptivos, autoculpabilidad “loci internos” o su nivel de hiperseguridad en el trabajo ante los errores. Obteniendo resultados casi el 28% eran negadores ,67% perceptivos y 7,4% sentido de culpabilidad (IC 95%). Los eventos se dieron más en el retraso del diagnóstico neoplásico (33%) y pruebas interpretadas erróneamente 5% con (IC 95%). Concluyendo que la tercera parte de médicos niegan haberse equivocado, pero el médico joven sociabiliza más sus errores con su equipo de trabajo. Los médicos que tenían la especialidad o residencia eran los más seguros “negadores”. Y los que reconocían más los errores “hiperperceptivos” tenían rasgos obsesivos y depresivos siendo a su vez inseguros en su práctica clínica.

Pereira *et al.* (2016) hace referencia sobre la seguridad del paciente y la atención medica deben ir de la mano así como lo mencionan Hipócrates en medicina y Florence Nightingale en enfermería, el principio de no causar daño a los pacientes. Teniendo relevancia en 1999 cuando se publicó el término Errar es humano por el Instituto de Medicina ahora llamado Academia Nacional de Medicina (NAM) el 2015. Comunican la elevada tasa de muertes por errores médicos prevenibles y deficiencias en los sistemas de salud, planteando así desarrollar mecanismos para mejorar la gestión en salud más segura. La Organización Mundial de la Salud (OMS) 2004 prioriza la seguridad en salud y más aún establece lineamientos estratégicos que promueven actividades que fortalezcan una atención en salud más segura en todos los países. Portugal como otros países desarrolló políticas de calidad como la creación del instituto de calidad en salud (IQS) en 1999. En vista de lo anterior las direcciones juegan un

papel importante en la salud como gestores, siendo las enfermeras gestoras parte importante, protagónico y fundamental en la seguridad del paciente. Los objetivos fue establecer estrategias de gestión ante el error en base al análisis de los mecanismos de prevención y corrección implantadas. Metodología: Estudio cualitativo, entrevista de 14 enfermeros gerentes de hospitales en Portugal. Resultados: se dividieron en 2 grupos: 1- Grupo del enfoque individual que comprende a su vez 2 categorías, la del análisis con la enfermera y la comunicación con el médico; y el grupo 2: Del enfoque sistémico a su vez comprende 6 categorías: reporte al médico en el manejo del paciente, Análisis en equipo, notificar los eventos adversos, grupo de trabajo, sensibilización, análisis de las reclamaciones y refuerzo positivo o retroalimentación positiva. Conclusión: permitió conocer el concepto de error en los enfermeros gestores que al inicio focalizaban al profesional quien cometía el error dándole menos importancia al error mismo. Cambiar el paradigma de la visión focal del error a una visión sistémica del mismo generando cambios de actitud y sensibilización. Demostró la falta de estrategias para el análisis del error y medidas preventivas para futuros errores.

Grunfeld (2016) refiere que el riesgo a cometer un error es una constante a la actividad humanada del profesional sanitario. El instituto de medicina de los EE.UU (IOM) reporta aproximadamente 70 000 decesos por año en EE.UU y generan gastos de casi 20.000 millones de dólares por año. Estos datos son alarmantes y ha despertado el interés en todos los sistemas sanitarios por disminuir el número de errores, aunque hay una tendencia a entender que iatrogenia y error médico son sinónimos, sabiendo que la mayoría de errores médicos no generan daños, contrapuesto ala iatrogenia. También hace referencia que la mayoría de profesionales en el primer nivel de atención en salud se desconoce la cultura del error médico. Objetivos: conocer cuál es la cultura del error médico, sus creencias y mitos que tienen los trabajadores sanitarios y usuarios en el centro de atención primaria Bahía Blanca durante 4 años. Materiales: se distribuyeron grupos mixtos de 9 participantes, de diferentes rubros en temas de función de salud. Donde fueron analizados por un antropólogo y médicos. Resultados: se dividieron en categorías: causas, determinantes económicas, culturales, social, trabajo en equipo, entorno familiar, errores

recurrentes. El autor llegó a la siguiente conclusión: que la relación médico-paciente es de suma importancia para disminuir y trabajar en los errores en la atención primaria de salud.

Aguirre *et al.* (2010) refieren que una atención de calidad al usuario está constituida por diferentes áreas como son: la seguridad, la oportunidad, competencia profesional y sobre todo el respeto a la ética en el ejercicio profesional, y la aceptación del usuario con los resultados óptimos de atención; la omisión de cualquiera de estas áreas puede terminar en una mala práctica y con ello al error médico. Por lo tanto es de vital importancia que las atenciones sean efectuadas de manera adecuada para satisfacer la demanda en salud de los pacientes y de esta manera alcanzar sus expectativas. El propósito de este trabajo fue determinar la existencia del error médico y la responsabilidad profesional en relación con la calidad de atención al paciente quirúrgico. Es un trabajo descriptivo de corte transversal. La muestra conformada por 300 personas que presentaron su queja al establecimiento atendidas entre los meses de junio a diciembre y se obtuvieron los siguientes resultados donde el 16.8% no hubo evidencia clara de haber mala práctica en la atención al usuario, el 20.8 % de si presentaron evidencias de mala práctica en la atención al usuario y el 63% determinó la presencia de buenas prácticas de atención por parte del profesional de salud; También se observó que las especialidades con mayor recurrencia de errores médicos fue traumatología , cirugía general y urología respectivamente . Los autores concluyen que sí existe una relación entre el error médico y la responsabilidad profesional con la calidad de atención al usuario.

Bases teóricas de Gestión directiva

Definición

Son pautas para encaminar la acción, visualización, previsión, y uso de recursos y esfuerzos para lograr los objetivos deseados. Se debe disponer con una serie de actividades a realizarse para lograr dichos objetivos en el tiempo solicitado al momento de efectuarlas y todos aquellos eventos involucrados para su concretización.

La capacidad de poder interrelacionar de forma armoniosa y asertiva la estructura de un organización, las capacidades de los trabajadores es lo que define la gestión directiva. Es decir la gestión directiva condiciona y refuerza el fortalecimiento y mejoramiento de una organización donde juegan un papel importante los gestores porque mantienen los objetivos establecidos siendo vigilantes de cualquier desviación en la organización (Miranda 2017).

Otro concepto de gestión directiva comprende todo el accionar ideológico o político con el fin de conseguir objetivos precisos sin aumentar gastos innecesarios basados en la eficiencia y eficacia y tener estrategias claras, sencillas que permita que los miembros de los equipos de trabajo interactúen y demuestren sus potencialidades o capacidades. En otras palabras la capacidad de reconocer el capital humano es el verdadero reto de la gestión directiva, fortaleciéndolas y manteniéndolo en el tiempo. Desde el punto de vista organizacional la legitimización del potencial humano para hacerlos más eficaces y efectivos corresponde a la gestión directiva (Ochoa 2013).

Enfoques o Teorías

Martinez (2006) Su enfoque lo relaciona a la palabra administración, donde resalta la complejidad administrativa de todas las organizaciones o equipos en concordancia de interacción con todos sus miembros para obtener resultados mediante el dinamismo coherente. La gestión busca la implementación y utilización de conceptos, formas de organización, actividades, evaluaciones, monitoreo y perfeccionamiento de forma continua según la demanda y los retos que conlleve enfrentar para conseguir sus resultados.

Una organización es imperiosa definir el tipo de gestión a llevarse a cabo, con funciones y conceptos claros, que se ejecutaran de manera coordinada sobre todas las actividades planificadas permitiendo así la realización y concretización de todo colectivo con un fin común.

Chiavenato (2007) es el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar el uso de los recursos para lograr los objetivos organizacionales. Es decir las acciones que

busca fortalecer las metas en base a estrategias preliminares de organización ,el cual permitira hacerlas interactuar y articular como un engranaje hacia el mismo sentido.

Salgueiro (2001).Define como el conjunto de acciones previamente planificadas que se ejecutaran para la consecución de objetivos trazados. Todo ello hace referencia a 2 palabras acción –resultado, bajo un enfoque en común.

Una gestión directiva exitosa debe fortalecer el talento humano y el trabajo en equipo, donde la comunicación y delegación de actividades según la habilidad de cada individuo; seran piezas claves que engranarán una organización.Cada persona entrega un capital humano valioso para alcanzar los objetivos. La prioridad de las instituciones de salud no solo es la seguridad de los pacientes, sino la seguridad de todos como individuo que la integren, no debemos sobreponer los fines colectivo sobre el individuo, sino terminaremos desvirtuando el sentido de humanidad por el simple hecho de conseguir un objetivo trazado limitado para un grupo focalizado.

No obstante mencionaremos según Viel (1999).Donde define a la gestión directiva como la planificación de establecer directrices para alcanzar un fin determinado, hacienda resalte a la planificación y el control como puntos importantes para llegar al perfeccionamiento.

Principios de la gestión directiva

Existen 8 principios básicos de la gestión directiva de calidad que llevaran a una organización al progreso y mejoramiento del desempeño, acorde a las normas de SGC ISO 9000.

1-Enfoque al cliente:

Las empresas y organizaciones dependen de las necesidades actuales y futuras de sus clientes y deben esforzarse por cumplir y superar sus expectativas.

Las necesidades no son estáticas, la demanda es más exigente y compleja por la

cultura de información de los clientes, por ello las organizaciones tienen que esforzarse cada día para ofrecer diversidad de soluciones

2-Liderazgo:

El liderazgo debe establecer nexos de unidad en objetivo y dirección de la empresa. Es decir crear un entorno interno sostenible en el tiempo donde los trabajadores se involucren a totalidad para conseguir las metas de la empresa.

También considerada como aquella destreza, conocimiento y valores propios de una persona, quien se encargará de influir en la toma de decisiones y en las acciones de otros individuos, para así alcanzar un objetivo en común. (Febles Rodríguez, 2021).

3-Participación del personal:

Interiorizar los objetivos de la empresa en los trabajadores a través del compromiso de cada uno, potencializando sus habilidades se conseguir mejores resultados.

Se debe disponer de planes de incentivos y reconocimientos de los trabajadores para obtener el compromiso del personal.

4-Enfoque basado en procesos:

La eficiencia de una empresa reside cuando los resultados de sus actividades y recursos están relacionados a una gestión por procesos, para poder así crear valor a los clientes.

5-Enfoque de sistema para la gestión:

El fin último de una empresa es la concretización de los objetivos establecidos. Por ello es necesario identificar, comprender y dirigir los procesos y engranarlos como un sistema para lograr su correcto funcionamiento.

6-Mejora continua:

El desempeño general de las instituciones o empresas reside en la mejora continua y esta debe ser una constante permanente. Y se consigue mediante el ciclo del proceso de planificar, hacer, verificar y actuar para así mejorar.

7-Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:

El análisis de datos e información es la clave para la toma de decisiones organizacionales, y lo que no se puede medir está fuera de control y lo que no se puede controlar termina en un caos.

8-Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor:

El binomio empresa y proveedor es pieza clave para la eficacia de un sistema de gestión. El fortalecimiento de alianzas organizativas y estratégicas para generar valor permitirá establecer y desarrollar una mejora continua de calidad al momento de entregar un producto o servicio representado en una mayor productividad y rentabilidad.

Competencias de la gestión directiva

Las habilidades directivas abarcan todas las competencias relacionadas para liderar y administrar con éxito una empresa o institución. Desarrollar de forma correcta las habilidades necesarias permitirá mejorar el perfil profesional.

La gestión directiva en un hospital, es la responsable de guiar a todos los miembros que la conforman para así alcanzar las metas establecidas, sin desarrollar las habilidades directivas es engorroso resolver con asertividad cualquier reto o inconveniente que se les presente.

La diversidad de acciones que realizan los directivos de un hospital les permitirá repercutir sobre el personal orientándolos, capacitándolos e incluso representarlos interna o externamente en los diferentes escenarios. Por ello deben conocer los directivos la importancia de desarrollar habilidades o competencias de gestión.

Las competencias de los directivos es muy importante para los profesionales que la integren y estas a su vez son diversas. Es por ello que muchos directivos o ejecutivos se cuestionan cual habilidad directivas son las fundamentales para gestionar una empresa o institución.

Las habilidades le permitirán crecer profesionalmente a uno y también a los

trabajadores de dicha organización para ello mencionaremos los fundamentales:

a) Competencia de Liderazgo

Es la más esencial de las competencias, porque permite crecer a una empresa. Cuando el líder motiva, alinea a todos los trabajadores hacia un objetivo común, la organización es más eficiente y productiva.

No todo directivo es líder y para ello tienes que ponerlo en práctica para que los trabajadores confíen en ti y en tu proyecto. Y las cualidades a desarrollar son: Comunicación eficiente, planificar, saber delegar, organizar, ser empático y saber cómo hacer crecer a los colaboradores a cargo.

b) Competencia de comunicación

Habilidad en poder transmitir mensajes con claridad y exactitud consiguiendo la atención del receptor. Perfeccionar la capacidad de expresión verbal, el lenguaje corporal, la entonación y la claridad del discurso permite una comunicación eficaz.

c) Competencia de negociación

Está presente en cada interacción de la vida, todas las personas del mundo negocian fuera o dentro del área laboral. Los buenos negociadores se caracterizan por: Planificar, aplicar estrategias, combinan flexibilidad y firmeza, son resolutivos y tienen autoconfianza.

d) Competencia de venta

Todo el mundo vende, hace referencia la frase que el propósito de vender es poner en práctica las habilidades directivas para atraer más usuarios.

Sin ventas, no hay facturación y como resultado no hay crecimiento. Los directivos al vender su servicio deben destacar por tener capacidad de escuchar, ser honestos, saber prescribir acorde a la necesidad, mostrar pasión por lo que hacen y ser optimista.

Atributos de la gestión directiva

Dentro de los atributos que debe tener todo directivo para la toma de decisión

asertiva tenemos:

- **Toma de decisiones.**

Mecanismo donde uno elige entre diversas alternativas para poder resolver problemas ante situaciones de la vida. Esto le permite afrontar dificultades y encontrar soluciones que repercutirán de forma trascendente ante los demás.

- **La delegación.**

Hace referencia en otorgar responsabilidades a una persona o conjunto de individuos que forman parte de una organización para una función determinada. La delegación implica confianza en la capacidad de los demás.

- **La negociación.**

Refiere a la acción y efecto de negociar, es todo proceso de interacción y dialogo entre 2 o más individuos o partes ante un conflicto de intereses de ambos lados opuestos con la finalidad de llegar a un arreglo satisfactorio.

- **El trabajo en equipo**

Conjunto de individuos con habilidades complementarias que trabajan juntos y comparten un enfoque en común comprometidas con un propósito o metas.

- **Manejo de conflictos**

Es una habilidad en las personas en la cual se gestiona el manejo de un desacuerdo entre varias partes con el fin de reducir el problema y conseguir un acuerdo asertivo o satisfactorio.

- **Supervisión**

Consiste en la acción de vigilar y controlar diversas actividades del personal o trabajadores de una institución para que sean ejecutadas de manera satisfactoria y eficiente.

Perfil de la gestión directiva

La persona o grupo de personas que estén a cargo de la gestión directiva de un centro hospitalario deben ser personas integra dando valor a sus acciones basados en la moral y ética, ser líderes con habilidades de comunicar, escuchar y relacionarse de forma empática con los trabajadores. Se debe analizar cada

servicio, sus necesidades o falencias y comprender las dificultades en cada contexto del ejercicio médico así como sus expectativas.

Como Gestores de dirección deben conocer e interiorizar las problemáticas que se presentan dentro o fuera de la institución.

Los directivos tienen que ser personas idóneas con capacidad de liderazgo e identificarse con su gestión y con los miembros o trabajadores de su institución: médicos, enfermera, técnicos, administrativos, etc. Conocer las problemáticas en el ejercicio de atención al paciente y los inconvenientes que surgen, apoyando en todo aquello que sea positivo y corrigiendo asertivamente los errores.

Funciones de la Gestión Directiva

1-Planificación:

Segun la Unesco (2011).Es el conjunto de acciones o actividades que se ejecutaran para conseguir los objetivos trazados. Es decir, son los planes operativos o la estrategia establecida el cual seguiremos para conseguir las metas. Solo conociendo la realidad problemática del Hospital, se lograra concretizar y alcázar los objetivos.

2-Organización:

Para Munch y García, (2008) Definen como la matriz de una institución donde los trabajos y recursos de todos los individuos o trabajadores que la forman se relacionan entre sí, interactuando con diversos roles o actividades, con responsabilidad,jerearquías y cargos, todos unidos para lograr un objetivo específico.

La organización implica tareas o roles que se ejecutaran de forma coordinada.

3-Dirección:

Tobar (2010) Refiere a la acción o proceso de direccionar,guiar o encaminar las actividades o roles de individuos que están a su cargo con el fin orientar hacia determinadas metas de la institución.

Los directivos establecen metas, toman decisiones y guían las acciones de la institución.

La dirección vigila y delega funciones, siendo esencial en la administración para lograr efectivizar todo lo planeado por la institución.

4-Control:

Chiavenato (2007) Hace referencia al proceso administrativo que sirve para verificar que los objetivos de una institución cumplen con las normas o reglas establecidas. El control permite que los diferentes servicios o áreas de un hospital cumplan con sus funciones esperadas es decir Sirve para corregir las falencias que aminoren la producción y la eficiencia de la calidad del servicio que se preste, es decir son mecanismos de control calidad.

Error Médico

Es cualquier deficiencia o falla que ocurre durante la prestación del servicio de salud que haya generado algún tipo de daño al paciente, pudiendo relacionar sus orígenes con la forma de organización o implementación del servicio.

Entendemos como error médico al efecto adverso prevenible de la atención, sea evidente o no pudiendo generar complicaciones perjudiciales temporales o permanentes para el paciente. Todas las especialidades médicas no están exentas del error.

Los medicos temen que una demanda pueda conducir al descrédito personal y la posible descalificación profesional además de las graves consecuencias en su vida social, el temor de reclamar al minimo error generara que los profesional adopten una práctica de medicina defensiva,encareciendo asi el servicio y elevando los costos de atencion.

La negligencia médica se refiere al acto u omisión de un médico que cae por debajo del estándar de atención aceptado el cual resulta en lesiones o muerte del paciente (Chukwuneke 2015)

Génesis de los Errores médicos

Es complejo fundamentarlo pero se asocia con los procesos de organización y ejecución del servicio de atención en salud. Haciendo referencia a una mala

relación médico-paciente y factores latentes (cansancio, las enfermedades, equipos inoportunos y falta de experiencia).

- **Sobretratamiento (oversure):**

Hace referencia a la exposición innecesaria sin beneficios a corto o largo plazo para la salud. El exceso del servicio que potencialmente no es letal es posible que sea resultado de un sobre - diagnóstico.

- **Falencias del servicio (undersure):**

Resulta de no utilizar o implementar un servicio de atención medica adecuado, condicionando complicaciones y agravamiento en la salud desde perdidas funcional temporal hasta la muerte y elevación de costos.

- **Diagnósticos Inadecuados (misuse):**

Son atribuibles a errores en la evaluación y apreciación de la enfermedad por diferentes factores que retrasan la oportuna acción medica – terapéutica, generando así eventos deletéreos. Su relación se asocia con mayor morbilidad comparado otros tipos de errores.

Condiciones que conllevan al error médico

El ejercicio profesional del acto medico conlleva a procesos y toma de decisiones para un resultado optimo a lo esperado. La medicina no ofrece resultados o garantias donde los profesionales sanitarios al ofrecer sus servicios condicionaran generar el mayor bienestar posible para sus pacientes pero nunca provocar daño (Daza 2015).

El término de medicina segura que se pregona hoy en dia en todo el mundo, implica un reto para todos los sistemas sanitarios actuals, debido que implica multiples factores que condicionaran una atencion de salud de calidad con indicadores sanitarios optimos. Siendo objetivos la teoria dista mucho de la realidad, debido que implica costos materiales y recursos humanos y más aun en aquellos paises donde el desarrollo económico como sociedad aun vienen con pasos ralentizados. Se tiene que evaluar las condiciones gubernamentales, académicas y tecnologicas de la mano con el recurso humano para identificar las falencias y crear asi una cultura sanitaria donde la prioridad no solo es el paciente, sino los mismos individuos como sociedad.

Para el principio Bioético la seguridad clinica implica el acto médico con

responsabilidad, valores y principios humanos en su atención asumidas por el profesional, generando así un resultado óptimo entre lo que espera el paciente y lo que se ofrece al momento de pactar un servicio con base científica y normativa según el contexto social.

La búsqueda de la génesis de los errores médicos implica la combinación multifactorial entre la organización y la implementación del servicio, asociado a factores latentes y la patología misma de la enfermedad.

La falta de capacitación o experiencia al momento de formar parte de un trabajo, la sobrecarga laboral, la deprivación del sueño son condiciones donde se percibe el riesgo en aumento.

Epistemología del error médico

Toda acción de un profesional sanitario está relacionada con el conocimiento adquirido en su etapa de formación y el desconocimiento no justifica su inacción; es un tema que se debe reforzar continuamente. Los errores más comunes son asociadas al diagnóstico el cual depende de múltiples factores desde las condiciones fisiopatológicas de la enfermedad y el individuo, así como la comunicación en el acto médico, su entorno contextual, las exigencias del usuario, nivel de resolución, educación médica continua, etc. marcarán el accionar de todo profesional.

La formación del profesionalismo en los estudiantes en salud, dependerá del énfasis al respeto y a los valores de bioética y ética, enfocados en satisfacer la necesidad de salud, ayudando y sin generar daño alguno al prójimo (González 2014).

La cultura punitiva y deletérea del error médico conlleva a tener estadísticas subreportadas, manteniéndose en la clandestinidad y en el desconocimiento profesional, impidiendo así poder identificarlo para así aprender y mejorar conocimientos que ayuden a crear estrategias educativas de prevención efectivas. Por último el autoanálisis de nuestras acciones y de los demás así como la tolerancia punitiva basados en principios éticos y con respeto nos conllevará al perfeccionamiento.

Ejercicio sobre error médico

La famosa frase “Errar es humano” publicada en un libro en 1999, por el Instituto de Salud de los Estados Unidos (NIH), se han elaborado diversas estrategias de prevención de errores medicos pero aun asi su origen es multifactorial.

Ya en EEUU se reporto de 7000 muertes asociados a la administracion terapeutica, siendo el 56% donde el personal e enfermeria esta involucrada en un 34%. Todo ello implica la importancia de establecer mecanismos de atención para una medicina segura.

La calidad de la atención en salud implica respeto, valores, competencias y expectativas para con el paciente y la familia. Y es de importer lograr identificar los errores para asi evitar los eventos adversos consecuentes.

Ya en EEUU desde el 2002 se esta implementando politicas de reportes de los errores médicos. Teniendo aceptación en los colegios profesionales sanitarios, donde el 2005 se incrementó la participación de instituciones sanitarias de un 36% a un 69% (Mena 2008).

Los paises latinoamericanos aún distan mucho de información, debido a los temas regulatorios legales, desinterés administrative y costos operativos.

Algunos mecanismo para prevenir los errores de aquellas enfermedades poco frecuentes, cuya patologia es compleja, se debe crear protocolos de manejo.

El error médico se debe evaluar como una falla del sistema de politicas institucionales, para asi poder determinar las barreras de contención en que fallaron y no verlo desde un punto individual o punitivo.

El incremento de las demandas médicas, conlleva que muchos profesionales realizen una medicina defensiva, generando sobrecostos en todos los sistemas sanitarios por los excedentes de estudios diagnósticos y sobretratamientos, precarizando asi el servicio y aumentando el gasto de bolsillo, los auditores médicos al identificar estas acciones, quedará en el olvido sino se establecen mecanismos de aprendizaje y cambios en el paradigma del error médico.

Los gestores directivos tienen una labor a nivel sectorial en todos los sistemas sanitarios de identifcar, analizar, clasificar y establecer mecanismos de control

para así tomar decisiones organizacionales efectivas. No obstante los mecanismos de registro de los errores médicos deben tener un carácter no punitivo, para así poder recabar la mayor información posible con el fin de aprendizaje. Existen 2 sistemas de registro.

- Sistema mandatorio: Tienen carácter punitivo, de investigación y posterior correctivo.
- Sistema voluntarios: Priorizan la recolección de la información con sentido más académico y asertivo, basados en el principio de calidad más que la rendición de cuentas gerenciales.

Tipos De Errores Médicos

Error diagnóstico: Aquel diagnóstico que después de la evaluación de las investigaciones clínicas y técnicas realizadas, debería haberse determinado pero que solo se descubrió después del seguimiento (Studdert 2006).

A. Diagnósticos

Imprecisiones en el diagnóstico.

Pruebas de estudios innecesarios.

Acciones equivocadas en base a datos o resultados erróneos.

Falta actualización en medicina basada en evidencias.

B. Terapéuticos

Manejos infravalorados o errados.

Dosificaciones inexactas.

Errores en la prescripción y suministro terapéutico.

Procedimientos o cirugías innecesarias.

Retraso en la terapéutica o ante pruebas equivocadas.

C. Preventivos

Falencias en la implementación terapéutica profiláctica.

Falta de adherencia al tratamiento.

Controles o seguimientos ineficientes.

D. Operativos

- Deficiencias en equipos biomédicos.
- Deficiencias comunicativas de organización.
- Falencias sistemáticas en otros procesos hospitalarios.

Recomendaciones para evitar el error médico

- ✓ Seguir protocolos o guías de práctica clínica.
- ✓ Enfocar la práctica médica basada en hechos o evidencia actuales optimizando así la toma de decisiones.
- ✓ Disponer de profesionales competentes: Conocimientos y habilidades.
- ✓ Implementar educación médica continua.
- ✓ Mejorar la evaluación clínica siendo objetiva y completa.
- ✓ Experiencia en salud: ¿discernimiento crítico y correcto?.
- ✓ Trabajo en equipo multidisciplinario (cooperación profesional)
- ✓ Toma decisiones bajo el mejor criterio riesgo /beneficio clínico y quirúrgico.
- ✓ Reformas sanitarias donde se debe identificar, analizar y aprender los eventos adversos de la atención medica con el fin de encontrar soluciones efectivas para el aprendizaje generacional médico.

Taxonomía Del Error Médico

Auditoria en salud

Es el mecanismo de evaluación, inspección, verificación sistemática y continua del mejoramiento de calidad de la gestión y el uso de recursos en la atención en salud, cuyo fin es determinar las falencias y generar mejoras para el beneficio de la sociedad.

Es una tarea interdisciplinaria permitiendo calificar el acto médico con fines de mejorar la práctica médica, servir como instrumento de educación continua para una atención médica de calidad.

La auditoría también podemos definirlo como aquella evaluación objetiva y critica, durante la atención de salud a través de las historias clínicas, indicadores estadísticos hospitalarios, denuncias o quejas, teniendo el objetivo de instaurar

estrategias de mejor atención de salud a los pacientes y así incrementar la calidad de servicio de forma continua.

El Acto Médico

Es toda acción y/o responsabilidad que tiene todo profesional de la salud médico durante el diagnóstico, tratamiento, intervención, preventivo o rehabilitador. En otras palabras es la relación entre el médico-paciente que se genera al momento de una alteración en su salud (el enfermo)., donde las principales características del acto médico son : la profesionalidad, la licitud, curación o rehabilitación.

Análisis Del Error Humano

Según Reason, el "El error humano se puede analizar desde dos perspectivas: individual y colectiva. Cada una de estas proporciona un modelo de su causalidad, lo que lleva a una filosofía muy diferente de su tratamiento. Entender estas diferencias tiene importantes implicaciones prácticas para hacer frente al riesgo de accidentes donde siempre está presente en la práctica clínica. El modelo personal se centra en los errores personales y condena el olvido, el descuido o la debilidad moral. El modelo sistemático o colectivo se centra en las condiciones en las que trabajan las personas. Intenta construir un y una contramedida para prevenir o mitigar los efectos de errores y accidentes. Una organización confiable con una tasa de accidentes por debajo del promedio esperado, reconoce la variabilidad humana como potencial para evitar fallas y trabaja duro en ello para mitigar el fracaso.

Definición De Términos Básicos

Estrategia: Conjunto de acciones o actividades estructuradas o planificadas dirigidas para conseguir los objetivos o metas establecidas.

Gestión tecnológica: es el desarrollo de medidas adoptadas y ejecuciones de decisiones sobre estrategias, planes y acciones relacionadas con la generación de valor por medio del uso de la tecnología de forma eficaz.

Impericia: Hace referencia a la falta total o parcial de conocimientos técnicos, falta de experiencia y/o habilidades para ejecutar ciertas actividades de una profesión.

Imprudencia: Es el no tomar precauciones para evitar un riesgo o actuar en forma precipitada.

Negligencia: Es la ausencia de un comportamiento asertivo en una situación concreta, donde se espera que una persona tenga un comportamiento determinado o cuidados específicos y no lo tiene.

Organización: “Estructura social integrada por individuos y recursos, estructurada y orientada deliberadamente hacia un fin común, función de la administración” (Chiavenato, 2008).

Recursos humanos: colectivo de personas o trabajadores que conforman una organización determinada.

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo De Investigación.

La investigación realizada es de tipo básica, porque busca aumentar los conocimientos con respecto a un tema específico, así poder conocer la verdad de un fenómeno natural con el fin de aportar datos válidos para la sociedad fundamentada en preguntas y propuestas que mejoren la problemática situacional. Buscando así nuevos conocimientos a través de otros trabajos existentes.

Por ello se planteó un problema general e hipótesis para contraste de resultados.

Diseño De Investigación

El presente trabajo de investigación el diseño es no experimental del tipo descriptivo - correlacional, con enfoque cuantitativo, es decir se enfoca en medir y observar los eventos tal como suceden en su momento contextual. No hay manipulación de las variables deliberadamente por el investigador directa o indirectamente según Hernández Sampieri y Mendoza (2018). Los datos serán recolectados de forma presencial y virtual.

A su vez es correlacional porque busca conocer el comportamiento de las variables en su relación y de corte transversal porque la evaluación se realizara en un periodo de tiempo determinado y se medirán las variables individualmente.

3.2. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN

Variable Independiente: Gestión directiva

Definición Conceptual.

Es conjunto de estrategias, procesos o métodos que facilitan el trabajo en los diferentes niveles de complejidad porque me permite administrar y supervisar el funcionamiento óptimo con eficiencia y eficacia las actividades para lograr un determinado objetivo en el área de la salud. Donde la capacidad de liderazgo y la calidad de organización serán reflejado en sus resultados o indicadores sanitarios (Tabares 2015).

Definición operacional

Se aplicó una propuesta con una tendencia socio crítico y transformador, buscando la solución al problema planteado. Las dimensiones operacionales de la gestión directiva se obtuvo en base a una ficha de datos donde se evaluó: la planeación, organización, ejecución y control o evaluación.

Dimensiones de la Variable Gestión directiva

- **Dimensión Planificación:**

Es el desarrollo del diseño o prototipo de acciones a tomar para conseguir un objetivo deseado, tomando en consideración su flexibilidad, maleabilidad y adaptación a situaciones internas o externas que puedan repercutir en el logro de los objetivos (Munch 2017).

Es el proceso de establecer objetivos y escoger el medio más apropiado para el logro de los mismos antes de emprender la acción (Goodstein, 1998).

Dimensión Organización:

- Asociación de individuos regulados bajo un conjunto de normas en funciona determinados fines. (Real Academia Española 2017). Otra definición según (Gareth y George 2010) enfocan como aquellos colectivos que trabajan en conjunto y coordinan sus acciones para conseguir las metas o resultados futuros.

- **Dimensión Dirección:**

Es la realización de tareas y/o operaciones por todos los miembros del equipo es decir la concretización de las actividades del plan de trabajo. Empieza con la acción y el desenvolvimiento de todos los trabajadores usando los recursos asignados, y depende en gran medida de la planificación (Pautt 2011).

- **Dimensión Control:**

Es un instrumento que aporta ayuda a la toma de decisiones, útiles en la dirección para los gestores que les permitirá alcanzar los objetivos

trazados de forma coordinada y planificada a su vez permitirá realizar planes de acción complementarios para la verificación de los objetivos alcanzados y evaluar a la gestión en base a sus resultados (Muñiz 2013).

Variable Dependiente: Error Médico.

Definición Conceptual

Es el accionar clínico desacertado en la práctica médica, producto de la toma de decisiones al aplicar criterios incorrectos. También lo define como la ausencia de no llevar a cabo una acción prevista según se pretendía o de aplicar un plan incorrecto involuntario que pueden o no provocar daños (Fernandez 2016).

Definición operacional

Las dimensiones operacionales de error médico se categorizo clasificándolos en diagnóstico, terapéuticos, preventivos y operativos (Lucían leape 2002).

Dimensiones de la Variable Error Médico

- **Error Diagnóstico:**

Toda acción u omisión del profesional sanitario que establece un juicio clínico ante la enfermedad de un paciente de forma incorrecta, repercutiendo de esta manera en tratamientos fallidos (Wingart 2000).

- **Error Terapéutico:**

Es cualquier falla que se produce en cualquiera de los procesos de la suministración del tratamiento al momento de su utilización. También lo define como cualquier incidente prevenible con potencial de daño causal al paciente, cuando estos están bajo control del personal de salud o del paciente; ya sea relacionado con el producto, el ejercicio profesional o con las fallas del sistema en el proceso de administración. (National Coordination Council For Medication Error Reporting And Prevención – NCCMERP 1998).

- **Error Preventivo:**

Son aquellas acciones asociadas al para proveer tratamientos profilácticos fallidos o durante el seguimiento o supervisión de tratamiento inadecuados así como la incapacidad de prevenir eventos deletéreos infecciones o mórbidos (Lucían leape 2002).

- **Error Operativo:**

Son aquellos relacionados al mismo sistema de salud deficiente o precaria según el contexto social, cultural, económico de la región como fallas en el equipo, en la comunicación y en otros sistemas (OMS 2019).

3.3 Población, muestra y muestreo.

Población:

Nuestra población esta constituida por 120 trabajadores de salud de los principales servicios del hospital siendo medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecología así como el área de emergencia.

La población a estudiar está conformada por directivos médicos, personal médico, paramédicos. La institución se encuentra ubicada en distrito de san Martín de porras departamento de Lima.

Muestra

El presente trabajo la muestra se conforma de 70 participantes que actualmente se encuentra laborando en la institución en las diferentes áreas de servicios, exceptuando al personal de vacaciones en ese momento o de licencia por motivos de la emergencia sanitaria Covid-19.

Criterios de Inclusión:

- Ser trabajador del hospital en las diferentes áreas médicas.
- Aceptación de manera voluntaria en la participación del estudio
- Contar mayoría de edad (más de 18 años).
- Tener grado de instrucción técnico en adelante.

- Contar con dispositivos tecnológicos y señal de internet para completar el cuestionario presencial y/o virtual.

Criterios de exclusión:

- Trabajadores que rechacen participar en la entrevista.
- Trabajadores que estén en inactividad durante el estudio o de licencia

Muestreo:

El diseño del estudio se basa en un muestreo no probabilístico o por conveniencia, donde la selección será de acuerdo a los atributos o características de la población objetivo. No se aplicaran técnicas estadísticas de muestro. De acuerdo Hernandez – Sampieri y Mendoza (2018), definen como el subgrupo de una población donde la selección debe limitarse a las características preestablecidas así como su población bien definida.

La elección del muestreo por conveniencia, se debe al contexto actual del hospital por las restricciones de la emergencia sanitaria Covid-19, dificultando la reclutación de más participantes sanitarios. Debido al nivel resolutivo y complejidad del establecimiento la aplicación del instrumento y recolección de datos se realizó de forma virtual y presencial.

Unidad de análisis

Personal sanitario o administrativo dentro del establecimiento de salud del tercer nivel de atención en Lima.

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica utilizada para la ejecución del diseño es la encuesta y el instrumento para la valoración de la primera y segunda variable es el cuestionario integrado sobre Gestión directiva y el error médico contando un total de 44 ítems.

El cuestionario está compuesto por proposiciones divididas en dimensiones de la Gestión Directiva: Dimensión Planificación que consta de 6 ítems:1-6, Dimensión Organización con 5 ítems: 7-11; la dimensión Dirección que comprende 6 ítems: 12-17 así como la dimensión Control que cuenta 5 ítems: 18-22.

Con respecto a la Variable 2 el Error médico, las preguntas del cuestionario se encuentran divididas en 4 dimensiones: Dimensión Diagnóstico que comprende 5 ítems: 23-27; Dimensión Organización consta de 7 Ítems: 28-34, dimensión Terapéutico con 5 ítems: 35-39 y dimensión Operativo, que cuenta con 5 ítems: 40-44.

Parámetro de medición para el valor enunciado

Nunca: 0 punto

Casi nunca: 1

A veces: 2

Casi siempre: 3

Siempre: 4

Validez

El instrumento que se utilizó fue elaboración por el autor mismo así como adaptación de algunas proposiciones del original de manera que pudieran tener relación con la problemática y los objetivos de nuestra realidad para efectos de la investigación.

La validez del instrumento utilizado, fue corroborada por el juicio de valor de 3 expertos, quienes revisaron las proposiciones señalando que cumple con el objetivo de medición. Para la certificación se consideró 3 rubros: Claro, sencillo y pertinente. Con respecto a la calificación de la V de Aiken el resultado de todas las preguntas fue >0.73 , indicando que es un instrumento válido.

Confiabilidad.

La confiabilidad indica el grado de aplicación de la herramienta y al repetir varias veces, se puede lograr el mismo resultado.

Para este estudio se obtuvo mediante una prueba piloto aplicada a 10 voluntarios, personal sanitario no incluido en la muestra el cual estuvieron de acuerdo en cooperar en este trabajo, lo que condujo al valor de Cronbach de 0.758 (Anexo). El resultado fue procesado en el programa SPSS versión 25 donde señala ser una herramienta con excelente confiabilidad.

3.5. Procedimientos

Debido a la emergencia sanitaria del Covid-19 y los decretos de restricciones y disposiciones de inamovilidad, el proyecto del trabajo para la obtención de los datos fue lo siguiente:

- a) Se estableció un cuestionario físico y virtual para una mejor distribución a los participantes.
- b) Los ítems fueron enviados a cuentas personales de correo electrónico de aquellos participantes que desearon voluntariamente participar.
- c) Todos los participantes deben contar con conocimientos básico de manejo del internet así como disponer de algún equipo electrónico informático para desarrollar el cuestionario en caso lo requiera.
- d) Se debe disponer del consentimiento informado anonimo de cada participante para dar inicio al desarrollo con el cuestionario.
- e) Todos los datos de los participantes en la investigación entran a una base de datos el cual se asegurara la confidencialidad para uso científico.
- f) Se creara una base de datos con toda la información recogida del desarrollo del cuestionario.

3.6. Análisis de datos

Precesamiento de data.

Análisis descriptivo:

Los resultados obtenidos de la investigación a través de la recopilación de datos del cuestionario de gestión directiva y error médico serán procesados a través del programa SPSS versión 25 para la elaboración de tablas y figuras descriptivas.

Analisis inferencial:

La contrastación de las hipótesis planteadas se realice utilizando estadísticas inferenciales, el cual sirven para hacer predicciones, análisis y generalizaciones a partir de datos obtenidos de una muestra de estudio. Estos resultados son obtenidos en base a tabulaciones de probabilidad.

Se utilizo 2 variables cualitativas. Para el analisis de la hipótesis se utilizó la correlación de Spearman (R_h0). Así como la obtención de la significancia estadística a través del (p valor). Se utilizó el programa estadístico SPSS versión

25 para la obtención de los resultados.

3.7. Aspectos éticos:

El trabajo de investigación realizado se desarrolló acorde a las normas establecidas con los principios éticos que se debe seguir para la protección de confiabilidad de información de las personas que desearon participar libremente en el estudio.

Se tuvieron en cuenta los siguientes principios:

Autonomía: Hace referencia a la capacidad que tienen los trabajadores de salud de la institución donde se ejecutó el proyecto de investigación de decidir libremente a participar en el estudio, donde se respeta la confidencialidad de sus respuestas previamente firmado el consentimiento informado.

Beneficencia: Los trabajadores de salud participantes en el estudio se beneficiaran de la información obtenida del estudio así como les permitirá conocer y mejorar sus falencias.

No maleficencia: Hace referencia que no constituye algún tipo de riesgo para la salud mental o física a los trabajadores que participaron en el estudio.

Justicia: La selección de participantes al estudio será de forma aleatoria y por conveniencia a su voluntad de participación, donde no se excluirá a nadie por su tipo de raza, religión o sexo.

IV PRESENTACION DE RESULTADOS

Estadística descriptiva

Variable 1: Gestión Directiva

Tabla 1. Niveles de porcentajes de la variable gestión directiva de un hospital en Lima, 2022.

GESTIÓN DIRECTIVA	TABLA N° 1. Variable 1	
	NIVEL	Frecuencia Porcentajes
	BAJO	24 34,3%
	MEDIO	25 35,7%
	ALTO	21 30,0%
	TOTAL	70 100%

Fuente: Propia del autor

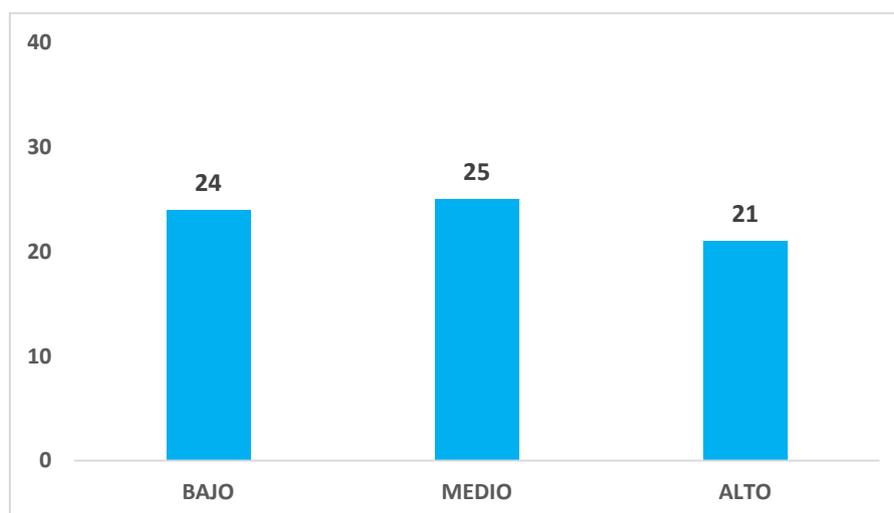


Figura 1. Distribución de la frecuencia de la variable Gestión directiva de un hospital en Lima, 2022

En la tabla 1 y gráfico 1 se presenta la distribución de la variable Gestión directiva hallados en los trabajadores sanitarios. Se aprecia que 25 participantes del estudio consideran un nivel moderado la gestión directiva del hospital siendo el 35,7%. Mientras que solo 21 trabajadores que representa el 30% señalaron como una alta capacidad de la gestión directiva ante los errores médicos.

Dimensiones de la Variable 1: Gestión directiva

- Dimensión Planificación

Tabla 2. Niveles de porcentajes de la dimensión Planificación de un hospital en Lima, 2022.

Planificación

TABLA Nº 2.		Dimensión 1
NIVEL	Frecuencia	Porcentajes
BAJO	26	37,1%
MEDIO	31	44,3%
ALTO	13	18,6%
TOTAL	70	100%

Fuente: Propia del autor

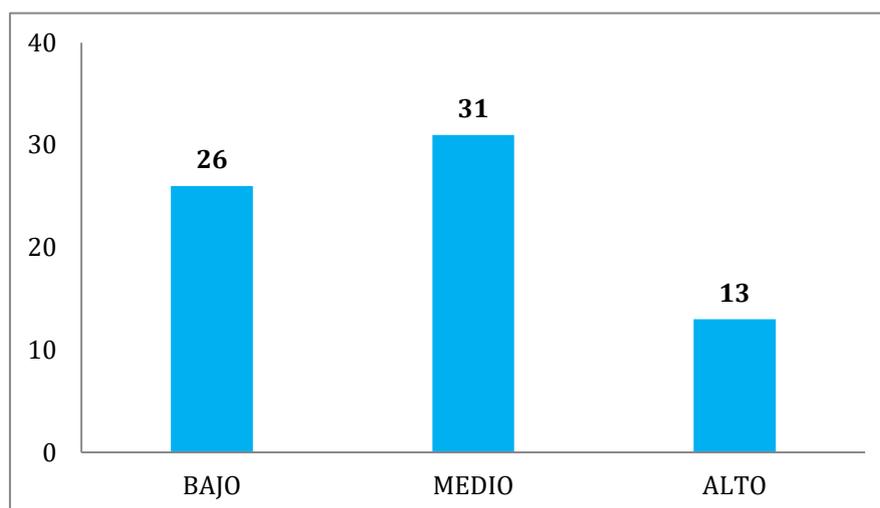


Figura 2. Distribución de la frecuencia de la dimensión planificación de la gestión directiva de un hospital en Lima, 2022.

En el gráfico 2 y la tabla 2 se presenta la distribución de la dimensión planificación en la Gestión Directiva hallados en los trabajadores sanitarios. Se visualiza que el 44,3% de los participantes del estudio consideran un nivel de planeación medio de la gestión directiva que representa a 31 trabajadores. Mientras que solo 18,6% de los trabajadores señalaron un nivel alto de la capacidad de planeación de la gestión directiva que representa a 13 participantes.

- **Dimensión Organización**

Tabla 3. Niveles de porcentajes de la dimensión Organización de un hospital en Lima, 2022.

ORGANIZACIÓN	TABLA Nº 3.	Dimension 2	
	NIVEL	Frecuencia	Porcentajes
	BAJO	25	35,7%
	MEDIO	24	34,3%
	ALTO	21	30,0%
	TOTAL	70	100%

Fuente: Propia del autor

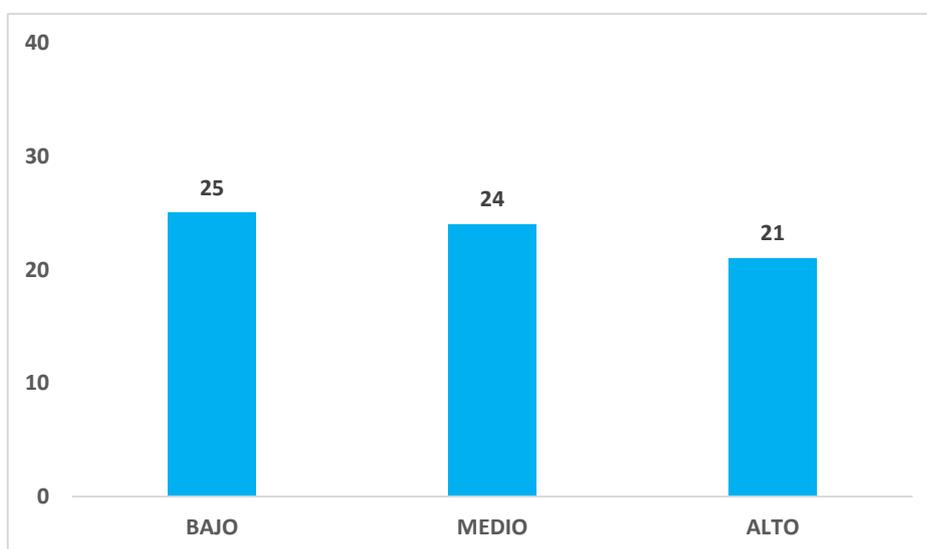


Figura 3. Distribución de la frecuencia de la dimensión organización de la gestión directiva de un hospital en Lima, 2022.

En el gráfico 3 y la tabla 3 se presenta la distribución de la dimensión Organización en la Gestión Directiva hallados en los trabajadores sanitarios. Los cuales han sido clasificados en tres grupos: alto, medio, bajo. Identificando se aprecia que los participantes del estudio consideran un nivel de planeación bajo con un 35,7% que equivale a 25 trabajadores. Mientras que solo el 21 de los participantes señalaron una alta capacidad de planeación de la gestión directiva siendo el 30%.

- **Dimensión Dirección.**

Tabla 4. Niveles de porcentajes de la dimensión Dirección de un hospital en Lima, 2022.

DIRECCIÓN	TABLA 1. Dimension 3	
	NIVEL	Frecuencia Porcentajes
	BAJO	31 44,3%
	MEDIO	28 40,0%
	ALTO	11 15,7%
	TOTAL	70 100%

Fuente: Propia del autor

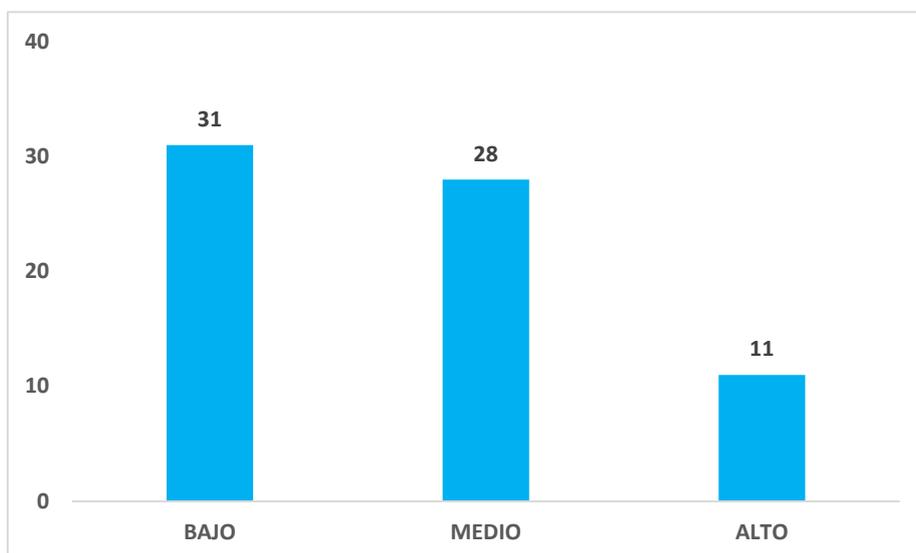


Figura 4. Distribución de la frecuencia de la dimensión dirección de la gestión directiva de un hospital en Lima, 2022.

En el gráfico 4 y la tabla 4 se presenta la distribución de la dimensión dirección en la Gestión Directiva hallados en los trabajadores sanitarios. Se identifica que solo 15,7% los participantes del estudio consideran un nivel de planeación alto de la gestión directiva que representan a 11 trabajadores. Mientras que 44,3% de los trabajadores señalaron una baja capacidad de dirección de la gestión directiva siendo 31 .

- **Dimensión Control**

Tabla 5. Niveles de porcentajes de la dimensión Contról de un hospital en Lima, 2022.

		Dimension 4	
		Frecuencia	Porcentajes
CONTROL	NIVEL		
	BAJO	25	35,7%
	MEDIO	29	41,4%
	ALTO	16	22,9%
TOTAL		70	100%

Fuente: Propia del autor

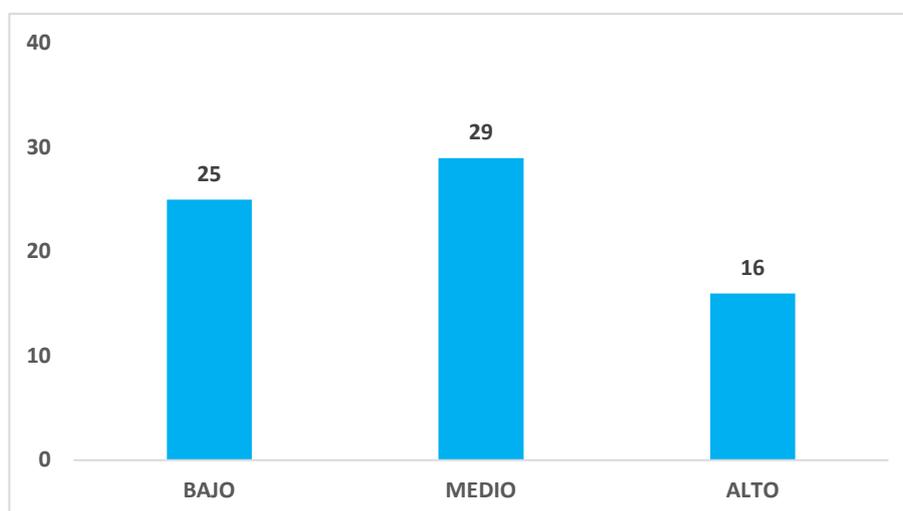


Figura 5. Distribución de la frecuencia de la dimensión control de la gestión directiva de un hospital en Lima, 2022.

En el gráfico 5 y la tabla 5 se observa que solo 16 participantes que representa el 22,9% admitió un control alto de la gestión directiva. Así mismo, más de la tercera parte de los trabajadores que son 25, manifiestan un nivel bajo de control de la Gestión directiva siendo el 35,7%.

Variable 2: Error médico.

Tabla 6. Niveles de porcentajes de la variable error médico de un hospital en Lima, 2022.

ERROR MÉDICO	TABLA Nº 1.	VARIABLE 2	
	NIVEL	Frecuencia	Porcentajes
	BAJO	26	37,3%
	MEDIO	23	32,9%
	ALTO	21	30,0%
	TOTAL	70	100%

Fuente: Propia del autor

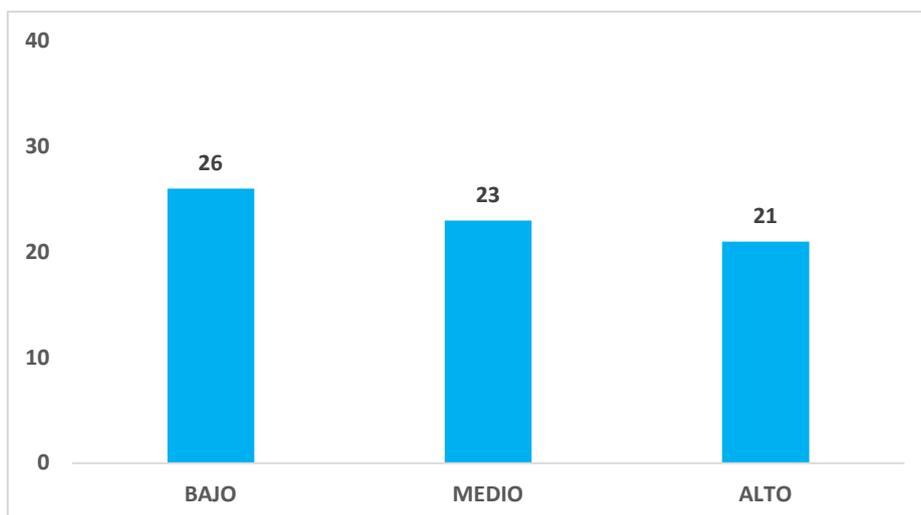


Figura 6. Distribución de la frecuencia de la variable Error médico de un hospital en Lima, 2022.

En el gráfico 6 y la tabla 6 se aprecia la distribución de la variable Error médico hallados en los trabajadores sanitarios, los cuales han sido clasificados en tres grupos:alto,medio,bajo. Se aprecia que el 37,3% de los participantes que son 26 del estudio consideran un nivel bajo de error médico dentro del hospital. Mientras que casi la tercera parte de los trabajadores siendo 21 el cual representa el 30% señalaron un nivel alto de error médico.

Dimensiones de la variable 2: Error Médico

Tabla 7. Niveles de porcentajes de la dimension error diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.

ERROR DIAGNÓSTICO	TABLA Nº 7.	Dimension 5	
	NIVEL	Frecuencia	Porcentajes
	BAJO	23	32,9%
	MEDIO	32	45,7%
	ALTO	15	21,4%
	TOTAL	70	100%

Fuente: Propia del autor

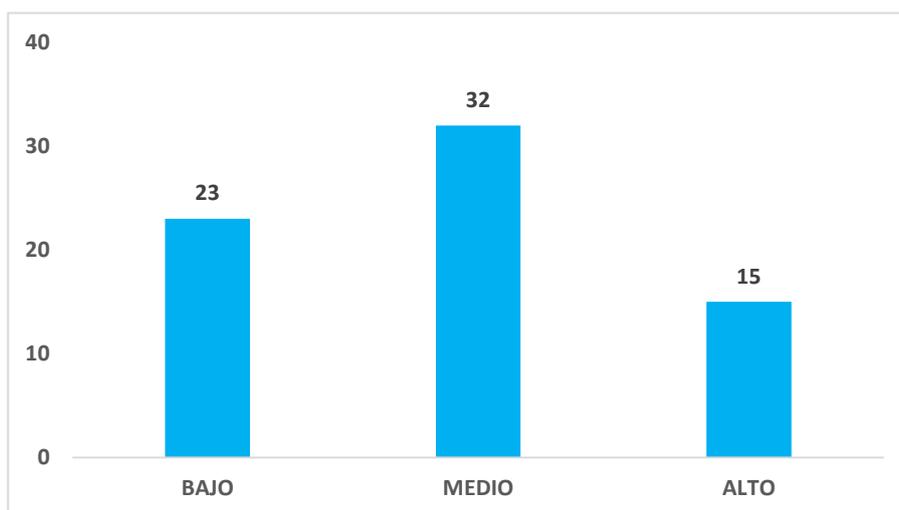


Figura 7. Distribución de la frecuencia de la dimensión Error diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.

En el grafico 7 y la tabla 7 se visualiza que unicamente el 21,4% de los participantes siendo admitieron evidenciar un nivel alto de error diagnóstico dentro del hospital el cual representan a 15 trabajadores. Mientras que mas de la tercera parte de los trabajadores manifestaron un nivel bajo de error diagnóstico 32, 9% siendo 23.

Tabla 8. Niveles de porcentajes del dimensión error terapéutico de un hospital en Lima, 2022.

ERROR TERAPEUTICO	TABLA Nº 8.	Dimension 6	
	NIVEL	Frecuencia	Porcentajes
	BAJO	26	37,1%
	MEDIO	30	42,9%
	ALTO	14	20,0%
	TOTAL	70	100%

Fuente: Propia del autor

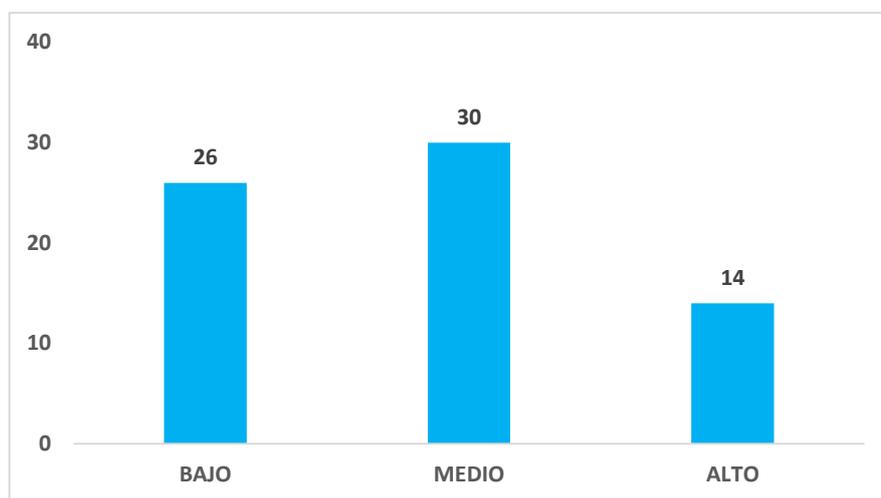


Figura 8. Distribución de la frecuencia de la dimensión Error terapéutico de un hospital en Lima, 2022.

En la tabla 8 y gráfico 8. Se visualiza que solo un 20% de los participantes que representan a 14, perciben de manera moderada los errores terapéuticos. Asimismo el 42% de los trabajadores sanitarios que son 30 participantes, consideran un nivel moderado de la frecuencia del error terapéutico.

Tabla 9. Niveles de porcentajes de la dimensión error preventivo de un hospital en Lima, 2022.

ERROR PREVENTIVO	TABLA Nº 9.	Dimension 7	
	NIVEL	Frecuencia	Porcentajes
	BAJO	22	31,4%
	MEDIO	32	45,7%
	ALTO	16	22,9%
	TOTAL	70	100%

Fuente: Propia del autor

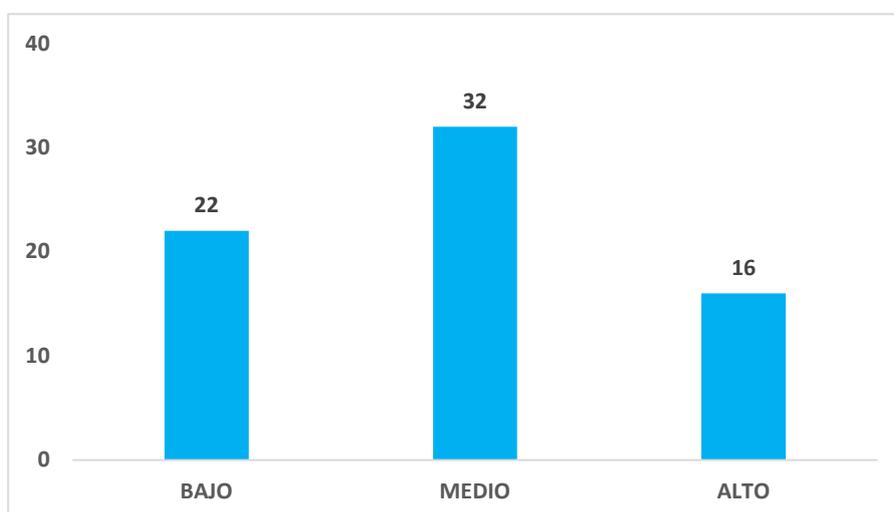


Figura 9. Distribución de la frecuencia de la dimensión Error preventivo de un hospital en Lima, 2022.

En la tabla 9 y gráfica 9. Podemos visualizar que el 45,7% de los participantes que representan a 32 de ellos admiten un nivel moderado del error médico preventivo en el establecimiento de salud. Mientras que solo el 22, 9% de los participantes consideran un nivel alto en el error preventivo el cual esta conformada por 16 trabajadores.

Tabla 10. Niveles de porcentaje de la dimensión error operativo de un hospital en Lima, 2022.

ERROR OPERATIVO	Variable 2	Dimensión 8	
	NIVEL	Frecuencia	Porcentajes
	BAJO	24	34,3%
	MEDIO	32	45,7%
	ALTO	14	20,0%
	TOTAL	70	100%

Fuente: Propia del autor

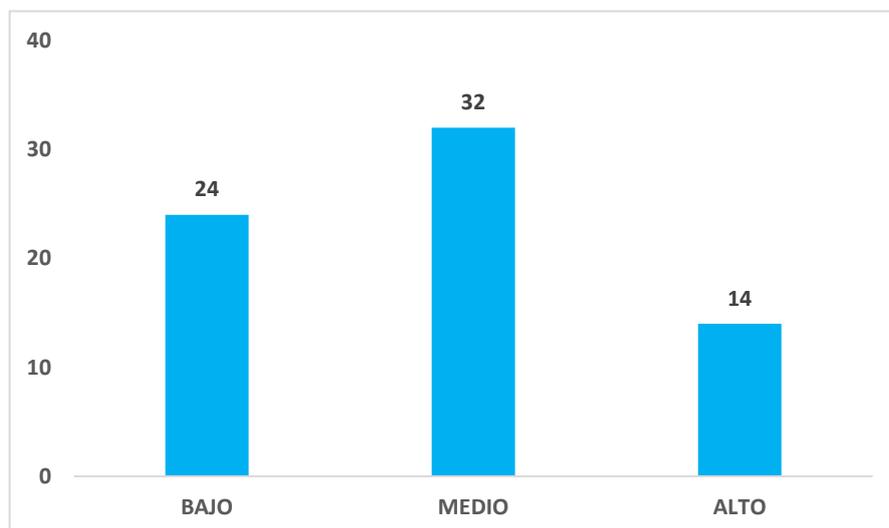


Figura 10. Distribución de la frecuencia de la dimensión Error operativo de un hospital en Lima, 2022.

En la tabla 10 y gráfica 10. Se contempla que, mayoritariamente, el 45,7% de los participantes que conforman a 32, señalan un nivel moderado de los errores operativos. Mientras que el 20% del personal sanitario siendo 14 que participaron señalan un nivel alto de errores operativos dentro del hospital al momento de sus labores.

Estadística Inferencial

Hipótesis General

Hi: Existe relación entre la gestión directiva y el Error médico de un hospital en Lima, 2022.

H0: No existe relación entre la gestión directiva y el Error médico de un Hospital en Lima, 2022.

Tabla 11. Se visualiza la relación entre la gestión directiva y el Error médico de un hospital en Lima, 2022.

			Gestión Directiva	Error Médico
Rho de Spearman	V1	Coefficiente de correlación	1,000	,393**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	70	70
	V2	Coefficiente de correlación	,393**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	70	70

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

Regla de decisión

- Se acepta la Hi Si y solo si $p < 0.05$
- Se acepta la H0 Si y solo si $p > 0.05$

Conclusión de la prueba

Como se exhibe en la tabla 11, el valor de p es 0,001 (<0.05). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. De manera que existe relación significativa entre la gestión directiva y la dimensión error médico. Del mismo modo, el coeficiente de correlación (Rho= 0,393), indica una correlación positiva baja entre dichas variables.

Hipótesis Específica 1

Hi: Existe relación entre la dimensión planificación de la gestión directiva y el Error médico diagnóstico en los trabajadores sanitarios de un hospital en Lima, 2022.

H0: No existe relación entre la dimensión planificación de la gestión directiva y el Error médico diagnóstico en los trabajadores sanitarios de un Hospital en Lima, 2022.

Tabla 12. Se visualiza la relación entre la dimensión Planificación y el Error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.

			Planificación	Error Diagnóstico
Rho de Spearman	D1	Coefficiente de correlación	1,000	,461**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	70	70
	D5	Coefficiente de correlación	,461**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	70	70

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

Regla de decisión

- Se acepta la Hi Si y solo si $p. < 0.05$
- Se acepta la H0 Si y solo si $p. > 0.05$

Conclusión de la prueba

Como se demuestra en la tabla 12, el valor de p es 0,000 (<0.05). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. De manera que existe relación significativa entre la dimensión planificación de la gestión directiva y la dimensión error médico diagnóstico. A su vez, el coeficiente de correlación ($Rho= 0,461$), indicando una correlación positiva moderada entre dichas dimensiones.

Hipótesis Específica 2

Hi: Existe relación entre la dimensión organización de la gestión directiva y el Error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.

H0: No existe relación entre la dimensión organización de la gestión directiva y el Error médico diagnóstico de un Hospital en Lima, 2022.

Tabla 13. Se visualiza la relación entre la dimensión Organización de la gestión directiva y el Error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.

Correlaciones

			Organización	Error Diagnóstico
Rho de Spearman	D2	Coefficiente de correlación	1,000	,402**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	70	70
	D5	Coefficiente de correlación	,402**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	70	70

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

Regla de decisión

- Se acepta la Hi Si y solo si $p. < 0.05$
- Se acepta la H0 Si y solo si $p. > 0.05$

Conclusión de la prueba

Como se describe en la table 13, el valor de p es 0,001 (<0.05). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. De manera que existe relación significativa entre la dimensión Organización de la gestión directiva y la dimensión Error médico diagnóstico. A su vez, el coeficiente de correlación (Rho= 0,402), indicando una correlación positiva moderada entre dichas dismensiones.

Hipótesis Específica 3

Hi: Existe relación entre la dimensión dirección de la gestión directiva y el Error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.

H0: No existe relación entre la dimensión dirección de la gestión directiva y el Error médico diagnóstico de un Hospital en Lima, 2022.

Tabla 14. Se visualiza la relación entre la dimensión Dirección de la gestión directiva y el Error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.

			Dirección	Error Diagnóstico
Rho de Spearman	D3	Coeficiente de correlación	1,000	,236*
		Sig. (bilateral)	.	,049
		N	70	70
	D5	Coeficiente de correlación	,236*	1,000
		Sig. (bilateral)	,049	.
		N	70	70

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Regla de decisión

- Se acepta la Hi Si y solo si $p. < 0.05$
- Se acepta la H0 Si y solo si $p. > 0.05$

Conclusión de la prueba

Como se describe en la table 14, el valor de p es 0,049 (<0.05). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. De manera que existe relación significativa entre la dimensión Dirección de la gestión directiva y la dimensión Error médico diagnóstico. Donde el coeficiente de correlación es ($r= 0,236$), siendo una correlación positiva baja entre dichas dimensiones.

Hipótesis Específica 4

Hi: Existe relación entre la dimensión organización de la gestión directiva y el Error médico terapéutico de un hospital en Lima, 2022.

H0: No existe relación entre la dimensión organización de la gestión directiva y el Error médico terapéutico de un Hospital en Lima, 2022.

Tabla 15. Relación entre la dimensión organización de la gestión directiva y el Error médico terapéutico de un hospital en Lima, 2022.

			Organización	Error Terapéutico
Rho de Spearman	D2	Coefficiente de correlación	1,000	,318**
		Sig. (bilateral)	.	,007
		N	70	70
	D6	Coefficiente de correlación	,318**	1,000
		Sig. (bilateral)	,007	.
		N	70	70

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

Regla de decision

- Se acepta la Hi Si y solo si $p. < 0.05$
- Se acepta la H0 Si y solo si $p. > 0.05$

Conclusion de la prueba

Como se detalla en la tabla 15, el valor de p es 0,007 (<0.05). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. De manera que existe relación significativa entre la dimensión Organización de la gestión directiva y la dimensión Error médico terapéutico. Del mismo modo, el coeficiente de correlación ($r= 0,318$), siendo de una correlación positiva baja entre dichas dimensiones.

Hipótesis Específica 5

Hi: Existe relación entre la dimensión dirección de la gestión directiva y el Error médico terapéutico de un hospital en Lima, 2022.

H0: No existe relación entre la dimensión dirección de la gestión directiva y el Error médico terapéutico de un Hospital en Lima, 2022.

Tabla 16. Se visualiza la relación entre la dimensión dirección de la gestión directiva y el Error médico terapéutico de un hospital en Lima, 2022.

			Dirección	Error Terapéutico
Rho de Spearman	D3	Coeficiente de correlación	1,000	,244*
		Sig. (bilateral)	.	,042
		N	70	70
	D6	Coeficiente de correlación	,244*	1,000
		Sig. (bilateral)	,042	.
		N	70	70

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Regla de decisión

- Se acepta la Hi Si y solo si $p. < 0.05$
- Se acepta la H0 Si y solo si $p. > 0.05$

Conclusión de la prueba

En la tabla 16 podemos visualizar el valor de p es 0,042 (<0.05). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. De manera que existe relación significativa entre la dimensión dirección de la gestión directiva y la dimensión Error médico terapéutico. Del mismo modo, el coeficiente de correlación ($r= 0,244$), siendo de una correlación positiva baja entre dichas dimensiones

V. DISCUSIÓN

El trabajo de la gestión directiva como mencionamos influenciara de forma directa o indirecta en los trabajadores de un institución u organización, donde el desempeño y rendimiento de las actividades de todo el personal sanitario se verá reflejada en su gestión, con ello no solo los logros alcanzados, asu vez resaltar y destapar a la luz los errores o conflictos del personal.

La habilidad de liderar, motivar, supervisar, planear y formar equipos de trabajo dentro de una organziación es de gran importancia y responsabilidad de los jefes gestores, porque de ahí el resultados de sus actividades con el fin común de lograr la satisfacción a una demanda creciente en los servicios de, alcanzando no solo el bienestar del paciente sino el bienestar de todo el personal sanitario a cargo.

En el presente estudio de investigación los resultados obtenidos acerca de la Gestión directiva, vemos que la distribución de los participantes para la calificación fueron grado alto (30%), medio (35.7%) y bajo (34.3%).En general se puede apreciar que el desempeño es parcialmente buena pero con limitaciones,estos resultados contrasta con el trabajo de Chacón (2018) donde refiere que el 100% de trabajadores al calificar afirman que la gestión directiva es medianamente eficiente asi como de regular desempeño laboral de los trabajadores donde la relación directa e influyente entre dichas variables es muy alta y significativa ($r=0.875$ y $p < 0.000$).

En referencia a la variable error médico los resultados de nuestro trabajo se obtuvo que el 37,3% de los participantes refieren un error bajo que representa a 26 trabajadores y 32,9% manifiestan error médico moderado siendo 23 trabajadores y solo la tercera parte que son 21 trabajadores son conscientes del error médico alto siendo el 30%. De manera similar, Borrel *et al.*(2006),presentó un trabajo correlacional ,transversal donde demuestra como el médico percibe y afronta los errores clinicos ,en una muestra de 238 médicos, donde respondieron que el 28% eran negadores (IC 95%) el 67% perceptivos (IC 95%) y solo el 7.4% hiperperceptivos (IC 95%) es decir eran mas conscientes del error.

Con respecto al estadística inferencial, en la hipótesis general se busca determinar la relación entre la gestión directiva y el error médico, como se describe en la tabla 11, obteniendo como resultado de la prueba spearman que existe correlación moderada baja y relación significativa entre la gestión directiva y el error médico ($r: 393$ y $p: 0,001$). De manera similar, **Lumbreras et al** (2020), presento un trabajo transversal analítico en 866 profesionales sanitarios y directores de hospitales publicos en la ciudad de Mexico, donde demostraron que aquellos hospitales con una mejor Gestión directiva tuvieron mas 2.5 veces la posibilidad de una mejor calidad vida laboral, mejorando mas 70% bienestar individual y el 96% de su medio ambiente laboral ($p < 0.05$), así de esta manera podemos inferir la gran responsabilidad de mejorar con eficiencia la gestión directiva que influye en el desempeño de los trabajadores y por ende una disminución de los errores médicos que se vera reflejado en los indicadores sanitarios.

En cuanto a la hipótesis específica 1 se planteo determinar la relación entre la planificación de la gestión directiva y la dimensión error médico diagnóstico. Donde el valor de ($p < 0,01$ $Rho = 0,461$), indicando que se encontró relación significativa entre dichas dimensiones y del mismo modo una correlación positiva moderada. Trabajos similares como de **Pereira et.al** (2016) hacen referencia y enfatizan la importancia de establecer estrategias de gestión ante el error médico diagnóstico, en un estudio cualitativo, donde se entrevista a 14 enfermeros gerentes de hospitales en Portugal, demostró la falta de estrategias y medidas preventivas para el análisis de los errores presentes y futuros. Todo ello es preocupante la falta de planificación de estrategias de gestión ante el error médico, desde su concepto del paradigma castigador o deletéreo hacia una visión sensibilizadora con sentido de aprendizaje.

En la hipótesis específica 2, se busca determinar la relación entre la organización de la gestión directiva y la dimensión error diagnóstico. En la tabla 13 se observa que el valor de $p < 0.001$, el cual evidencia la existencia de relación significativa entre dichas dimensiones a su vez el coeficiente de correlación es ($Rho = 0,402$), siendo una correlación positiva moderada entre dichas variables. **Peña et al.**

(2004) en un trabajo cuasiexperimental con prueba de chi cuadrado, manifiestan en su investigación la relación que tienen las quejas o denuncias médicas y estas se asocian más a la forma de estructura y organización en el proceso de atención en 09 centros sanitarios en la ciudad de México obteniendo resultados error en el diagnóstico RM 3.18 (IC 95%), utilización de estudios de rutina RM 3.7 (IC 95%), donde al final enfatizan la importancia de la comunicación organizacional y mejorar la relación médico-paciente.

Haciendo referencia a la Hipótesis específica 3, respecto a la relación entre la dirección de la gestión directiva y el error médico diagnóstico, podemos visualizar en la tabla 14 observar que el valor de $p < 0,049$, demostrando la existencia de relación significativa entre dichas dimensiones con una correlación positiva baja ($Rho = 0,236$). Trabajo como el de Moonen *et al.* (2017) en el departamento de emergencias en un hospital en Bélgica, durante 6 meses de forma retrospectiva, donde se analizó usando el X^2 , en 57 diagnósticos omitidos, durante el seguimiento, se evidenció que solo 6 casos (0.14%) representan errores médicos diagnósticos, concluyendo que el seguimiento planificado ayudando a prevenir y reducir los errores de diagnóstico, juega un papel importante y la implementación de medidas que estarán a cargo de los jefes de servicios o departamento en concretizarlo, permitirá así hacer reevaluaciones del error de manera oportuna.

Con respecto a la hipótesis específica 4, referente a la relación entre la Organización de la gestión directiva y el error médico terapéutico, obtuvimos como resultado en la tabla 15 que el valor de $p < 0.007$, estableciendo que existe relación significativa entre estas dimensiones así una correlación positiva baja ($Rho = 0,318$). Este resultado se contrasta con el trabajo retrospectivo de Esqué *et al.* (2016) en una unidad neonatal en España durante 7 años, se reportaron 511 errores médicos terapéuticos el cual estaban asociados a la prescripción, administración y reacciones adversas siendo 39%, 65% y 0,6% respectivamente, donde casi el 90% no hubo repercusión sobre el paciente. Donde concluyen al final la importancia de organizar equipos de trabajos para la creación de estrategias y protocolos médicos, en participación conjunta del personal sanitario y directivos de cada área; que contribuirán así a la reducción del error médico terapéutico. De manera similar en un metaanálisis de Alghamdi *et al.*

(2019) donde se incluyeron 35 estudios cuantitativos desde 2000-2019, en la Unidad de cuidados intensivos pediátrico, reportan que la tasa de error de prescripción y administración eran los más frecuentes siendo promedio 13 x 100 ordenes de medicación y 31x 100 administraciones; concluyendo la importancia y necesidad de organizar a la comunidad medica y a los lideres directivos sanitarios en diseñar investigaciones futuras acerca del error médico terapéutico con el propósito así poner atención para distribuir mejor recursos presupuestal y profesional.

No obstante en la hipótesis específica 5, referente a la relación entre la Dirección de la gestión directiva y el error médico terapéutico, obtuvimos como resultado en la tabla 16 que el valor de $p < 0.042$, determinando que existe relación significativa entre estas dimensiones, así vez una correlación positiva baja ($Rho = 0,244$). Múltiples trabajos, ante el incremento de errores terapéuticos asociados a diversos medicamentos o acciones de riesgo, enfatizan el llamado a la comunidad sanitaria y directivos de las organizaciones de atención médica a desarrollar sistemas, procesos y recursos que ayuden a disminuir y podamos aprender de los errores y riesgos médicos. Mulac *et al.* (2021) hace referencia de las pocas investigaciones del sistema sanitario en Noruega y la necesidad urgente de los directivos sanitarios en establecer estrategias de prevención y que sirvan como guías de monitoreo de los errores terapéuticos ocurridos durante la administración por dosificaciones incorrectas, donde reportan de 64 hospitales 3372 informes de errores, siendo la mayoría asociada a la administración 68% y a la prescripción en 24%, los principales tipos de errores fueron por dosificación, omisión y dosis incorrectas siendo el 38%, 23%, 15% respectivamente. Otro trabajo que comparte la importancia de los gestores directivos en encaminar las estrategias ante estos temas; tenemos una revisión sistemática del Reino Unido por Sutherland *et al.* (2020) se dispuso de 228 estudios hasta el 2017, donde se obtuvieron 2756 denuncias por errores terapéuticos, siendo 101 errores de medicación endovenosa x 1000 administraciones (IC 95%); y los errores de administración endovenosas y errores dosificación corresponde a 32,1% y 57,9% respectivamente (IC 95%). También podemos mencionar trabajos similares en Latinoamérica como el Fajreldines *et al.* (2021); Chaverri *et al.* (2017) y de Sandoya *et al.* (2018) comparten similar conclusión haciendo llamado a las autoridades

sanitarias en direccionar y establecer estrategias y normativas que sirvan como guía segura en complemento del uso del sistema informático tecnológico.

VI. CONCLUSIONES

Primero:

Se determinó que existe relación positiva baja entre las variables gestión directiva y error médico de un hospital en Lima 2022. ($p : 0,001$; $R = 0,393$).

Segundo:

Se determinó que sí existe relación positiva moderada entre la dimensión planificación de la Gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022. ($p : 0,000$; $R = 0,461$).

Tercero:

Se determinó que existe moderada relación entre las dimensiones organización de la gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital de lima, 2022. ($p : 0,001$; $R = 0,402$).

Cuarto :

Se determinó que existe una relación positiva baja entre las dimensiones dirección de la gestión directiva y el error médico diagnóstico según los trabajadores de un hospital en Lima, 2022. ($p : 0,049$; $R = 0,236$).

Quinto:

Se determinó que existe una relación positiva baja entre la dimensión organización de la Gestión directiva y el error médico terapéutico de un hospital en Lima, 2022. ($p : 0,007$; $R = 0,318$).

Sexto:

Se determinó que existe relación positiva baja entre la dimensión dirección de la Gestión directiva y el error médico terapéutico de un hospital en Lima, 2022.

($p : 0,042$; $R = 0,244$).

VII. RECOMENDACIONES

Primero:

Reflexionar mas alla del concepto del error médico y generar capacitaciones sobre dichos conceptos y sus implicancias para el profesional para asi mantener la armonía del binomio médico-paciente. Debido que en todos los sistemas sanitarios, junto a sus autoridades y miembros que la integran tienen multiples falencias, desde el entorno laboral, demanda creciente, contexto social y mas aun el concepto de medicina segura que se pregona.

Segundo:

Evaluar el impacto de los mecanismos reguladores del error médico y los resultados a largo plazo que solo terminara encareciendo el servicio sanitario y llevando a sobrecostos absurdos. Esto debido al incremento de las denuncias por errores médicos en todo el mundo, orientan la atención a todos los jefes y directivos en crear estrategias de gestión efectivas y concretas a la realidad acorde a la necesidad segun costo / beneficio.

Tercero:

Implementar una cultura de aprendizaje del error médico y eliminar ese paradigma sancionador o de desprestigio entre los profesionales y la población. Solo de esta forma se conseguirá brindar un servicio sanitario de calidad con el minimo riesgo de error posible.

Cuarto:

Crear estrategias de comunicación, motivación, trabajo en equipo y capacitación continua que refuerzen el binomio directivo – personal, asi prevenir en lo posible los errores médicos.

Quinto:

Reforzar el uso de la tecnología en el acto médico que permitirá afianzar la práctica clínica reduciendo asi el desgaste intelectual o físico del personal sanitario y poder masificar el servicio sanitario sin perder los márgenes de calidad.

VIII REFERENCIAS

Aguirre, HG. , Zavala, JA. , Hernández, F. Fajardo, D. (2010). Calidad de la atención médica y seguridad del paciente quirúrgico. Error médico, mala práctica y responsabilidad profesional. *Cirugia y Cirujanos*, volumen (78), 456-462.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc105o.pdf>

Alegre, M., Kwan, Ch. (2021). Gestión directiva y estilos de liderazgo en educación superior. Una revisión de la literatura. *Revista de Analisis y diffusion de perspectivas educativas y empresariales – RADEE*, volumen 1(2). [file:///C:/Users/User/Downloads/Alegre_65-73_DIC2021%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Alegre_65-73_DIC2021%20(1).pdf)

Alvarado, A., Flores, G.(2009).Errores médicos. *Acta Médica Costarricense*, volumen 51(1), 16-23. Retrieved July 31, 2022, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000100004&lng=en&tlng=es.

Alghamdi, A. A., Keers, R. N., Sutherland, A. y Ashcroft, D. M. (2019). Prevalencia y naturaleza de los errores de medicación y los eventos adversos prevenibles de los medicamentos en entornos de cuidados intensivos pediátricos y neonatales: una revisión sistemática. *Seguridad de los medicamentos*, 42(12), 1423–1436.

<https://doi.org/10.1007/s40264-019-00856-9>.

Algieri, R.D, Arribalzaga, E.B., Segura, Gustavo., Ferrante, M.S., Nowydwor, B., & Fernández, J.P. (2012). Gestion de riesgo y eventos adversos en cirugia torácica. *Revista argentina de cirugía*, volumen 102(1), 13-17. Recuperado en 31 de julio de 2022, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2012000100003&lng=es&tlng=es.

Barros Costa, C., Soares, S., Godoy, S., Marchi, L.M., Rodolfo, I., Costa, Isabel. (2021). Estrategias para la reducción de errores de medicación durante la hospitalización: revisión integradora, *Cogitare Enfermagem*, volume 26, e79446. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.79446>.

Borrel, F., Páez, C., Suñol, R., Orrego, C., Gil, N., Martí, M., (2006). Errores clínicos y eventos adversos: percepción de los médicos de atención primaria. *ELSEVIER*, volumen 38(1), 25-32.
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-errores-clinicos-eventos-adversos-percepcion-los-médicos-13090027>

Chacón (2018).Gestión directiva y Desempeño Laboral en el Personal de La Oficina Departamental de Estadística e informática en la Región Ucayali – 2018.[Maestría en Gestión pública, repositorio de la Universidad César Vallejo].
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/26228>

Chiavenato, I. (2007). Administración de Recursos Humanos. El capital humano de las organizaciones. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Octava edición. México.

Chiavenato, I. (2007). Administración de Recursos Humanos. Editorial: Mcgraw-hill 2007, 8ª edición.

Chiavenato, I. (2008). Administración en los nuevos tiempos. Editorial Mc Graw Hill. México

Chukwuneke F. N. (2015). Medical incidents in developing countries: A few case studies from Nigeria. *Nigerian journal of clinical practice*, 18 Suppl, S20–S24. <https://doi.org/10.4103/1119-3077.170821>

- Daza, J., Jimbo, J., Cobeña, G., Toro, M. (2015). Acontecimientos adversos en la práctica odontológica. *MEDISAN*, 19(9). Recuperado de <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/439>
- Esqué, M. T., Moretones, M. G., Rodríguez, J. M., Sánchez, E., Izco, M., de Lamo, M., Figueras, J. (2016). Los errores de tratamiento en una unidad neonatal, uno de los principales acontecimientos adversos. *Anales de pediatría* (Barcelona, España: 2003), 84(4), 211–217. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.09.009>
- Fajreldines, A., Bazzano, M., Pellizzari, M. (2021). Una estrategia para reducir el error de prescripción de medicamentos en pacientes hospitalizados. *Medicina* (Buenos Aires), 81(2), 224-228. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802021000200224&lng=es&tlng=es.
- Fernández, J. M. C., Monestel, E. Z., Madriz, J. P. D., Zamora, L. D. G., Ureña, A. O., Castro, N. C., & Caamaño, L. M. (2017). Detección de errores de medicación en el servicio de emergencias de un hospital privado en Costa Rica: Oportunidades de mejora y seguridad para el paciente. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 11(1).
- Fernandez, S. (2016). El error medico como causa de muerte. Reflexiones en salud, *boletín CONAMED- OPS*, volumen 6, http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin6/error_medico.pdf
- Febles, J. (2021). Liderazgo y gestión educativa. *UCE Ciencia. Revista De Postgrado*, 9(1). Recuperado de <http://uceciencia.edu.do/index.php/OJS/article/view/217/204>
- Frederick W. Taylor (1944). Los conceptos de Administración en los Administradores modernos. Autor: Fed
- Fuente-Del-Campo, A., Rios, A. (2018). El ejercicio de la Medicina y su

entorno legal. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana*, 44(2), 123-130. Epub 08 de febrero de 2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s0376-78922018000200002>

Grunfeld, M. (2018). Los errores médicos en la atención primaria de la salud. *Salud(i)Ciencia*, 23(1), 1-14.

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1667-89902018000200013

Goodstein, L. (1998) *Planeación estratégica aplicada*. McGraw-Hill. https://books.google.com.pe/books/about/Planeaci%C3%B3n_estrat%C3%A9gica_aplicada.html?id=pmfqPQAACAAJ&redir_esc=y

Grossman, E. S., Hoffmann, B., Tibbles, C., Wolfe, R. E., & Grossman, S. A. (2022). Do error rates change in the emergency department when patient volume decreases: the effect of COVID-19 on ED error. *Internal and emergency medicine*, 1–4. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s11739-022-03020-x>

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.

18. IOM. Growing consensus about Medical Error, chapter 1. *To Err is Human Report*. Institute Of Medicine. Boston Ma EEUU 1999. [citado 28 Feb 2013]. Disponible en: <http://books.nap.edu/catalog/9728.html>

Gareth, J., George, J. (2010). *Administración contemporánea*. (sexta edición). McGraw Hill. https://www.academia.edu/39629112/Administraci%C3%B3n_Contempor%C3%A1nea_6ed_Gareth_R_Jones_y_Jennifer_M_George?source=swp_share

González, C., Santos, J., Martínez, G. (2014). Desarrollo de la capacidad de identificar y reportar eventos adversos en estudiantes de pregrado. *Educación Médica Superior*, 28(1), 84-91. Recuperado en 31 de julio de

2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000100010&lng=es&tlng=es.

Leape L. (2002). Lucian Leape and healthcare errors. Interview by Pamela K. Scarrow and Susan V. White. *Journal for healthcare quality : official publication of the National Association for Healthcare Quality*, 24(3), 17–20. <https://doi.org/10.1111/j.1945-1474.2002.tb00428.x>

López, E., García, L., & Martínez, J. (2019). La gestión directiva como potenciadora de la mejora del clima organizacional y la convivencia en las instituciones de educación media superior. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 9(18), 1-21. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-74672019000100792&script=sci_arttext

Lumbreras, M., Hernández, I., Méndez, P., & Dosamantes, L. (2020). Influencia de la calidad de vida laboral sobre el desempeño de trabajadores de hospitales públicos de México: una visión desde la gestión directiva. *Salud pública Méx*, 62(1), 87-95. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2020.v62n1/87-95/es>

López, I., & López, M. (2019). El rol de la gestión directiva en los. *Revista espacios*, 40(36), 1-13. <http://www.revistaespacios.com/a19v40n36/a19v40n36p03.pdf>

Martínez, C. (2006). El método de estudio de caso estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y gestión* nº 20. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/pensamiento/article/viewFile/3576/2301>.

MENA , P. (2008). Error médico y eventos adversos. *Revista chilena de pediatría*, 79(3), 319-326. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000300012>

Moonen, P.J., Mercelina, L., Boer, W., Fret, T., (2017). Diagnostic error in the Emergency Department: follow up of patients with minor trauma in the outpatient clinic. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and*

Mulac, A., Taxis, K., Hagesaether, E., & Gerd Granas, A. (2021). Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. *European journal of hospital pharmacy: science and practice*, 28(Suppl 2), e56–e61.
<https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2020-002298>

Münch, L. (2017). *Manejo del Proceso Administrativo*. Pearson.

Miranda, S (2016). La gestión directiva: un concepto construido desde las comprensiones de los directivos docentes de las escuelas públicas bogotanas. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(13), 562-589. Recuperado en 29 de julio de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74672016000200562&lng=es&tlng=es.

Munch, L y García, M. (2008). *Fundamentos de administración*. 7ma edición. Editorial Trillas. México

MINEDU (2015). *Manual de Gestión Escolar Directivos construyendo escuela*. Recuperado de:
file:///D:/RECIBOS%20DE%20HONORARIOS%20ELECTRONICOS%20GIRADOS/RECIBOS%202017/manual-de-gestión-escolar2015_10marzo_alta.pdf

Muñiz, L. (2013). *Cómo implantar y evaluar un sistema de control de gestión*. Profit Editorial I, <https://www.profiteditorial.com/libro/como-implantar-y-evaluar-un-sistema-de-control-de-gestion/>

Novatzki, E., Pires, D., Ferreira Pereira, Maria., De Lima, L., Guizoni, D., Pimenta, O. (2018). Posicionamento de gestores e lideranças de enfermagem diante dos erros divulgados na mídia. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [online].

2018, v. 39. Disponible em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180039>>. Epub 22 Out 2018. ISSN 1983-1447. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.20180039>.

Ochoa,E (2013). Manual de funciones como herramienta de gestión administrativa para el Instituto Municipal del Deporte y Recreación de Turbaco (IMDERT) con base a competencias laborales.

<https://repositorio.utb.edu.co/handle/20.500.12585/2045>

Organización Mundial de la Salud. (2019). World health assembly update,25 may 2019. <https://www.who.int/news/item/25-05-2019-world-health-assembly-update>

Pautt, G. (2011). Liderazgo y dirección: Dos conceptos distintos con resultados diferentes. *Revista facultad de ciencias económicas:Investigacion y reflexión*, volumen XIX (1), 213-228.

<https://www.redalyc.org/pdf/909/90922732013.pdf>

Peña, R., Rodríguez, J. R., López, J. M. (2004). Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública De México*, volume 46(3), 210-215. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6532>

Pereira, TS., Ferreira, MM., Novatzki, EC.,(2016) Processes developed by nurse managers regarding the error. *Revista de enfermagem Referencia, Volumen IV (12), 75-84.*

<https://www.redalyc.org/journal/3882/388250148010/html/>

Portela, M., Bugarín, R., & Rodríguez, M. (2019). Error humano, seguridad del paciente y formación en medicina. *Educación Médica*, 20(1), 169-174. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181317301651>

Sagredo, E. (2019). Relacion entre gestión directive, satisfacción motivación y compromise docente en educación de adultos. *Innovación Educativa, volumen 19 (81), 111-131.*

https://www.ipn.mx/assets/files/innovacion/docs/Innovacion-Educativa-81/Revista_Innovacion_81.pdf

Studdert, D. M., Mello, M. M., Gawande, A. A., Gandhi, T. K., Kachalia, A., Yoon, C., Puopolo, A. L., & Brennan, T. A. (2006). Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *The New England journal of medicine*, 354(19), 2024–2033.
<https://doi.org/10.1056/NEJMsa054479>

Sutherland, A., Canobbio, M., Clarke, J., Randall, M., Skelland, T., & Weston, E. (2020). Incidence and prevalence of intravenous medication errors in the UK: a systematic review. *European journal of hospital pharmacy : science and practice*, 27(1), 3–8.
<https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2018-001624>

Sandoya, K., Salazar, K., Medardo, H., Espinosa, L., Aspiazú, K. (2018). Errores asociados a la prescripción de la medicación en una área de emergencia de Ginecología, Ecuador, 2018. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, volumen 39 (4).
<https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosvenezolanosdefarmacologiayterapeutica/2020/vol39/no4/12.pdf>

Salgueiro, A. (2001). *Indicadores de Gestión y Cuadro de Mando*. Editorial Díaz de Santos. Madrid España, 2.001.

Tzoumas, L., Samara, E., Tzoumas, K., Tzimas, P., Vlachos, K., Papadopoulos, G., (2021). Médicolegal analysis of general surgery cases in Greece: a 48-year study. *Cureus*, volumen 13(7), 1-6 e16205.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34367807/>

Tabares, M. B., Ángela. (2015). *Un Enfoque Humanista de la Gestión Directiva*.
<https://www.amazon.com.mx/Humanista-Directiva-organizacioneseducativas-escolares-ebook/dp/B013F3V51>

UNESCO (2011). Manual de Gestión para Directores de Instituciones Educativas
Lance Grafico S.A.C. Perú. Recuperado de
[https://es.slideshare.net/teresa33ojedasanchez/manual-de-gestin-
paradirectores-de-iiiee](https://es.slideshare.net/teresa33ojedasanchez/manual-de-gestin-paradirectores-de-iiiee)

Viel, E. (1999). Diagnóstico fisioterápico: concepción, realización y aplicación
en la práctica libre y hospitalaria. Barcelona: El Sevier.

Vicente Odio, E. (2014). Enfoque pedagógico del error médico. *Educación Médica
Superior*, 28(4). Recuperado de
<http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/269/220>

Weingart, S. N., Wilson, R. M., Gibberd, R. W., & Harrison, B. (2000).
Epidemiology of medical error. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7237),
774–777. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.774>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: Gestión Directiva y La Relación con Error Médico de un Hospital en Lima, 2022

Investigador: Raúl Jesús Olivera Gonzales

Proposito del Estudio:

Por medio del presente, le invitamos a participar en el estudio “Gestión Directiva y la relación con el Error médico de un Hospital en Lima, 2022”. Este trabajo es elaborado por mi persona como investigador de la escuela de posgrado de la Universidad Cesar Vallejo de Lima, Perú como parte del posgrado en Gestión de los servicios de la Salud. Mediante el uso del cuestionario como instrumento anónimo previamente validada. Ante las problemática del sector salud en sus diversos escenarios es de preocupacion atender estos temas,por lo tanto dirigimos nuestras actividades a conocer estas interrogantes en el personal sanitario. No dudamos que sera un aporte para la toma de decisiones gerenciales y poder mejorar así los indicadores sanitarios.

Su participación en este estudio es anónimo y voluntario.Se le brindará la garantia que toda la información recaudada es confidencial acorde a la ley de Protección de datos personales – Ley 29733 del gobierno del Perú. No existe riesgo al participar, no tendra gasto alguno durante el estudio y no recibirá retribución monetaria por participar del mismo. Si tiene interrogantes sobre la verificacion del estudio, puede contactarse con el Programa de Postgrado de la Universidad Cesar Vallejo al Teléfono (01) 2024342.

Si decide participar del estudio, le tomara aproximadamente 20 minutos y se recopilara los datos solo si usted autoriza. Para que los datos obtenidos sean de máxima fiabilidad, le solicitaremos cumplimiento de forma correcta del cuestionario adjunto.Si durante el desarrollo, se desanima y desea no continuar, no habrá ademanes o comentarios alguna por ello. Los resultados obtenidos de este estudio podrán ser publicados en documentos científicos, archivado y guardado en confidencialidad sobre su participación.

Confidencialidad:

Usted puede hacer todas las interrogantes que desee antes de participar o no, las cuales responderemos asertivamente.La información se recolectara en sobre cerrados y se mezclarán para evitar posible identificación del participante.

DECLARACION:

Acepto voluntariamente participar en este trabajo de investigación, comprendo en las actividades que participare si acepto y tambien entiendo que estoy en la libertad de decidir no participar y pudiendo retirarme en cualquier momento.

- Si. Acepto
- No, no acepto. .

Anexo 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Gestión Directiva y la relación con el error médico de un hospital en Lima, 2022.				
Autor (a): Olivera Gonzales Raúl Jesús				
Problema	Objetivo	Hipótesis	Justificación	Diseño Metodológico
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	<p>Justificación teórica</p> <p>Esta investigación se realizará porque recogerá información sobre cómo la gestión puede influir en los errores médicos en el hospital, lo que permitirá conocer mejor su relación y contribuir al desarrollo de nuevas investigaciones.</p> <p>Justificación Práctica</p> <p>En la práctica, permitirá conocer el estado y la relación de las variables en el Hospital, lo que ayudará a la institución a tomar mejores decisiones para encontrar estrategias que reduzcan el número de errores médicos y los costos y muertes que pueden causar.</p> <p>Justificación metodológica</p> <p>El estudio proporcionará herramientas validadas para la recogida de datos y un proceso de investigación basado en un método científico que podrá reproducirse en futuros estudios.</p>	<p>Tipo: Básica.</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Nivel: Descriptivo - Transversal</p> <p>Población: conformado por 120 trabajadores sanitarios de un hospital en Lima,2022</p> <p>Muestra: 70 trabajadores.</p>
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Especificas		
<p>¿Qué relación tiene la gerencia directiva y el error médico de un hospital en Lima - 2022?</p>	<p>Determinar la relación de la gestión directiva con el error médico dentro de un Hospital en Lima 2022</p>	<p>La gestión directiva de un hospital se relaciona con el error médico de un hospital en lima,2022</p>		
<p>PE1 ¿Cuál es la relación entre la planificación de la gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022?</p> <p>PE2: ¿Cuál es la relación entre la organización de la gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022?</p> <p>PE3: ¿Cuál es la relación entre la dirección de la gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022?</p> <p>PE4: ¿Cuál es la relación entre la organización de la gestión directiva y el error médico Terapéutico de un hospital en Lima, 2022?</p> <p>PE5: ¿Cuál es la relación entre la dirección de la gestión directiva y el error médico terapéutico de un hospital en Lima, 2022?</p>	<p>OE1: Determinar la relación entre la planificación de la gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.</p> <p>OE2: Determinar relación entre la organización de la gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.</p> <p>OE3: Determinar la relación entre la dirección de la gestión directiva y el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.</p> <p>OE4: Determinar la relación entre la organización de la gestión directiva y el error médico terapéutico de un hospital en Lima, 2022.</p> <p>OE5: Determinar la relación entre la dirección de la gestión directiva y el error médico terapéutico de un hospital en Lima, 2022.</p>	<p>H1: La planificación de la gestión directiva tiene relación con el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.</p> <p>H2: La organización de la gestión directiva tiene relación con el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.</p> <p>H3:La dirección de la gestión directiva tiene relación con el error médico diagnóstico de un hospital en Lima, 2022.</p> <p>H4 La planificación de la gestión directiva tiene relación con el error médico terapéutico de un hospital en Lima, 2022.</p> <p>H5: La organización de la gestión directiva tiene relación con el error médico terapéutico de un hospital en Lima, 2022.</p>		

Anexo 3. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Título: GERENCIA DIRECTIVA Y SU RELACION CON EL ERROR MÉDICO DE UN HOSPITAL EN, LIMA, 2022.						
.Autor (a): Raúl Olivera Gonzales						
Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Variable Independiente GESTIÓN DIRECTIVA	Es conjunto de estrategias, procesos o métodos que facilitan el trabajo en los diferentes niveles de complejidad porque me permite administrar y supervisar el funcionamiento óptimo con eficiencia y eficacia las actividades para lograr un determinado objetivo en el área de la salud	Se aplicó una propuesta con una tendencia socio crítico y transformadora, buscando la solución al problema planteado.	Planeación	<ul style="list-style-type: none"> • Concertación. • Acciones y Estrategias. • Planes de mejora 	1 2-5 6	Likert 0 = Nunca 1 = Casi nunca 2 = A veces 3 = Casi siempre 4 = Siempre
			Organización	<ul style="list-style-type: none"> • Delegación de funciones. • distribución y desarrollo 	7-9 10-11	
			Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación • liderazgo 	12-13 14-17	

			Control	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento y plazos. • Cumplimientos de las medidas. 	18-19 21-22	
Variable Dependiente ERROR MÉDICO	. Es el accionar clínico desacertado en la práctica médica, producto de la toma de decisiones al aplicar criterios incorrectos	Se utilizó como instrumento el cuestionario para el Estudio del Error médico diseñado por el autor.	Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> • Conflicto intereses • Educación continua 	23-25 26-27	Likert 0 = Nunca 1 = Casi nunca 2 = A veces 3 = Casi siempre 4 = Siempre
			Terapéutico	<ul style="list-style-type: none"> • valoración • Trabajo en equipo • Toma de decisiones 	28-29 30-31 32-34	
			Preventivo	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de aceptación • Cobertura • Profesionalismo 	35-36 37 38-39	
			Operativo	<ul style="list-style-type: none"> • Logística. • Estructura • Ética 	40 41-42 43-44	

ANEXO 4.

Instrumento de recolección de datos (Gestión Directiva y Error Medica)



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Gestión Directiva

CUESTIONARIO

Estimados, el objetivo de este cuestionario tiene como función determinar la relación entre la Gestión Directiva y el Error médico de un Hospital en Lima- 2022.

DATOS ESPECÍFICOS

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

Este cuestionario es anónimo. Es importante que responda todas las interrogantes con veracidad. Gracias por su valioso aporte.

ÍTEMS		Escala Likert				
		N	CN	AV	CS	S
		0	1	2	3	4
Variable I: Gestión directiva						
<i>D1: Planificación</i>						
1	Los directivos de su hospital toman decisiones y establecen metas a través del consenso					
2	Las actividades programadas guardan relación con los objetivos planificados.					
3	Le dan a conocer la visión y misión del hospital para la planificación de los objetivos.					
4	Considera que los jefes/directivos evalúan la situación estratégica del hospital mediante el análisis FODA.					
5	El directivo participa en la elaboración de guías o protocolos para minimizar los errores médicos.					
6	El directivo promueve acciones para reducir el error médico dentro de la institución.					

<i>D2: Organización</i>					
7	Cree usted que la distribución de las funciones del personal del área está debidamente organizada.				
8	Existe una buena coordinación de trabajado con sus jefes inmediatos				
9	Considera usted que la organización de su hospital facilita la división de la carga laboral.				
10	El directivo realiza estrategias de participación de todos los profesionales de la salud para la elaboración de guías o protocolos a seguir dentro de la institución.				
11	Los directivos comunican sobre la forma de organización, en cuanto a la estructura, diseño, funciones, procesos y responsabilidades.				
<i>D3: Dirección</i>					
12	La dirección cuenta con canales de comunicación efectiva.				
13	Existe comunicación asertiva entre jefatura y personal del servicio en el momento y tiempo necesario.				
14	Se entregan estímulos/premios en reconocimiento por trabajos realizados en su hospital.				
15	Los directivos muestran capacidad de liderazgo e impulsan al logro de las metas establecidas en tu institución.				
16	La directiva ejecuta actividades de supervisión para asegurar el logro de metas en su institución.				
17	La dirección respalda al trabajador y negocia con los pacientes cuando se presenta una denuncia o reclamo.				
<i>D4: Control</i>					
18	Existen instrumentos y/o guías de control en su hospital para las actividades de que realiza.				
19	Para corregir errores detectados se capacita al personal para un mejor desempeño.				
20	El directivo revisa que se cumplan las guías o protocolos médicos dentro de la gestión.				
21	Usted percibe que el control de los jefes/directivos tiene un carácter sancionador.				

22	EL directivo revisa que el personal sanitario cumpla con sus funciones asertivamente.					
----	---	--	--	--	--	--

ÍTEMS		Escala Likert				
		N	CN	AV	CS	S
		0	1	2	3	4
Variable II: Error médico						
<i>D1: Error diagnóstico</i>						
23	Ha detectado imprecisiones en el diagnóstico de algún profesional de la salud.					
24	Se solicitan pruebas o exámenes de estudios innecesarios.					
25	Has tomado decisiones equivocadas en base a datos o resultados erróneos.					
26	Existe falta de actualización en medicina basada en evidencias entre sus compañeros de trabajo.					
27	Los errores de diagnóstico se deben a la falta de preparación académica formativa.					
<i>D2: Error terapéutico</i>						
28	Existen errores en la prescripción y suministro terapéutico.					
29	Se solicitan procedimientos o cirugías innecesarias.					
30	Existe retraso en el suministro terapéutico o en la toma pruebas diagnósticas.					
31	Cuando se presenta un error médico, se busca resolverlo entre todos los miembros del trabajo.					
32	Cuando existe error médico, el personal comunica a los directivos					
33	Antes de tomar una decisión tengo en cuenta las posibles consecuencias que estas pueden traer y evaluó soluciones alternadas.					
34	Se reporta a todo el personal del servicio los errores que se producen en el área.					
<i>D3: Error preventivo</i>						
35	Existen deficiencias en la implementación terapéutica profiláctica.					
36	Existe falta de adherencia del paciente al tratamiento.					
37	Los controles o seguimientos médicos están acorde a la demanda o necesidad					

	en tu hospital.					
38	Cuando se descubre un posible error médico a tiempo, se corrige sin afectar al paciente.					
39	En el hospital se discuten los problemas o errores, con orden y respeto.					
<i>D4: Error Operativo</i>						
40	Existen deficiencias en los equipos biomédicos.					
41	Existen deficiencias comunicativas de organización entre compañeros de trabajo.					
42	Existen deficiencias administrativas en los procesos hospitalarios como (horarios, salarios, presupuestos, contrataciones, etc.).					
43	El personal sanitario realiza sus actividades bajo la filosofía de cero errores.					
44	El delegar responsabilidades a residentes o practicantes aumenta el riesgo de presentarse los errores médicos.					

ANEXO 5. VALIDEZ POR JUICIO DE EXPERTOS

JUICIO DE EXPERTOS

GESTION DIRECTIVA Y LA RELACION CON EL ERROR MEDICO DE UN HOSPITAL EN LIMA, 2022.

Después de haber leído las matrices de consistencia y de contrastación de variables; y analizado los ítems del instrumento correspondiente: lea Ud. Las siguientes preguntas, dándole un puntaje para su validación marcando los números del puntaje del cuadro, según considere: 1. Muy en desacuerdo, 2. En Desacuerdo, 3. De Acuerdo, 4. Completamente de acuerdo.

N°	Ítems	Relevancia				Pertinencia				Claridad				Sugerencias
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
VARIABLE 1 : GESTION DIRECTIVA														
Dimensión: Planificación														
1	Los directivos de su hospital toman decisiones y establecen metas a través del consenso.				X				X				X	
2	Las actividades programadas guardan relación con los objetivos planificados.				X				X				X	
3	Le dan a conocer la visión y misión del hospital para la planificación de los objetivos.				X				X				X	
4	Considera que los jefes/directivos evalúan la situación estratégica del hospital mediante el análisis FODA.				X			X				X		
5	El directivo participa en la elaboración de guías o protocolos para minimizar los errores médicos.				X			X					X	
6	El directivo promueve acciones para reducir el error médico dentro de la institución.				X				X				X	
Dimensión : Organización														
7	Cree usted que la distribución de las funciones del personal del área está debidamente organizada.			X					X				X	

Dimensión: Error Operativo		Relevancia				Pertinencia				Claridad			
40	Existen deficiencias en los equipos biomédicos.				X				X				X
41	Existen deficiencias comunicativas de organización entre compañeros de trabajo.				X				X				X
42	Existen deficiencias administrativas en los procesos hospitalarios (horario, salario, presupuestos, etc.)				X			X					X
43	Existen en su servicio o área de trabajo escasez de suministros o insumos.				X				X				X
44	El delegar responsabilidades a residentes o practicantes aumenta el riesgo de presentarse los errores médicos.		X					X					X

Observaciones (precisar si hay suficiencia): NO HAY OBSERVACIONES

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: RAMOS DE LA ROSA KAROL KRISTEL

DNI: 45944273

Especialidad del validador: MAESTRA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

.....de JUNIO del 2022

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado. ²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: 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


Firma del Experto


Mg. Karol Kristel Ramos De La Rosa
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 28083

JUICIO DE EXPERTOS

GESTION DIRECTIVA Y LA RELACION CON EL ERROR MEDICO DE UN HOSPITAL EN LIMA, 2022.

Después de haber leído las matrices de consistencia y de contrastación de variables: y analizado los ítems del instrumento correspondiente: lea Ud. Las siguientes preguntas, dándole un puntaje para su validación marcando los números del puntaje del cuadro, según considere: 1. Muy en desacuerdo, 2. En Desacuerdo, 3. De Acuerdo, 4. Completamente de acuerdo.

N°	Ítems	Relevancia				Pertinencia				Claridad				Sugerencias
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
VARIABLE 1 : GESTION DIRECTIVA														
Dimensión: Planificación														
1	Los directivos de su hospital toman decisiones y establecen metas a través del consenso.			X				X					X	
2	Las actividades programadas guardan relación con los objetivos planificados.			X				X				X		
3	Le dan a conocer la visión y misión del hospital para la planificación de los objetivos.			X				X					X	
4	Considera que los jefes/directivos evalúan la situación estratégica del hospital mediante el análisis FODA.				X			X				X		
5	El directivo participa en la elaboración de guías o protocolos para minimizar los errores médicos.				X			X				X		
6	El directivo promueve acciones para reducir el error médico dentro de la institución.				X			X					X	
Dimensión : Organización														
7	Cree usted que la distribución de las funciones del personal del área está debidamente organizada.			X				X				X		

Dimensión: Error Operativo		Relevancia				Pertinencia				Claridad			
40	Existen deficiencias en los equipos biomédicos.			X				X				X	
41	Existen deficiencias comunicativas de organización entre compañeros de trabajo.			X				X			X		
42	Existen deficiencias administrativas en los procesos hospitalarios (horario, salario, presupuestos, etc.)			X				X				X	
43	Existen en su servicio o área de trabajo escasez de suministros o insumos.			X				X				X	
44	El delegar responsabilidades a residentes o practicantes aumenta el riesgo de presentarse los errores médicos.			X				X				X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): No hay Observaciones

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

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg: Marcos Cepeda Patricia Graciela del Páez

DNI: 22256938

Especialidad del validador: Maestro en gestión de los servicios de la salud

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

³Claridad: 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

13 de junio del 2022



Firma del Experto

Patricia Graciela del Páez Marcos Cepeda
LIC. ENFERMERÍA
CEP. 18554

JUICIO DE EXPERTOS

GESTION DIRECTIVA Y LA RELACION CON EL ERROR MEDICO DE UN HOSPITAL EN LIMA, 2022.

Después de haber leído las matrices de consistencia y de contrastación de variables; y analizado los ítems del instrumento correspondiente: lea Ud. Las siguientes preguntas, dándole un puntaje para su validación marcando los números del puntaje del cuadro, según considere: 1. Muy en desacuerdo, 2. En Desacuerdo, 3. De Acuerdo, 4. Completamente de acuerdo.

N°	Ítems	Relevancia				Pertinencia				Claridad				Sugerencias	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
VARIABLE 1 : GESTION DIRECTIVA															
Dimensión: Planificación															
1	Los directivos de su hospital toman decisiones y establecen metas a través del consenso.				X			X					X		
2	Las actividades programadas guardan relación con los objetivos planificados.				X				X				X		
3	Le dan a conocer la visión y misión del hospital para la planificación de los objetivos.				X				X					X	
4	Considera que los jefes/directivos evalúan la situación estratégica del hospital mediante el análisis FODA.			X					X					X	
5	El directivo participa en la elaboración de guías o protocolos para minimizar los errores médicos.				X				X					X	
6	El directivo promueve acciones para reducir el error médico dentro de la institución.			X					X					X	
Dimensión : Organización															
7	Cree usted que la distribución de las funciones del personal del área está debidamente organizada.				X				X					X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Párraga Rosado Yvette Jessica

DNI: 19308637

Especialidad del validador: Magister en Administración de Gestión de Servicios de Salud

- 1Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
- 2Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
- 3Claridad:** 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

19 de 07 del 2022

CLINICA MONTEFIORI

 Directora Médica
 C.M.P. 42001

Firma del Experto

ANEXO 6. V AIKEN

				$V = V$ de Aiken
<i>Max</i>	4	$V = \frac{\bar{x} - l}{k}$		\bar{X} = Promedio de calificación de jueces
<i>Min</i>	1			k = Rango de calificaciones (Max-Min)
<i>K</i>	3			l = calificación más baja posible

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

Con valores de V Aiken como $V = 0.70$ o más son adecuados (Charter, 2003).

		<i>J1</i>	<i>J2</i>	<i>J3</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>	<i>V Aiken</i>	<i>Interpretación de la V</i>
ITEM 1	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 2	<i>Relevancia</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	3	3	3,3	0,58	0,78	Valido
ITEM 3	<i>Relevancia</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
ITEM 4	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	3	3	4	3,3	0,58	0,78	Valido
	<i>Claridad</i>	3	3	4	3,3	0,58	0,78	Valido
ITEM 5	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	3	3	4	3,3	0,58	0,78	Valido
	<i>Claridad</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 6	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
ITEM 7	<i>Relevancia</i>	3	3	4	3,3	0,58	0,78	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 8	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	3	3	3,3	0,58	0,78	Valido
	<i>Claridad</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 9	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 10	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 11	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	3	3	4	3,3	0,58	0,78	Valido
ITEM 12	<i>Relevancia</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	3	4	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido

ITEM 13	Relevancia	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	Pertinencia	4	3	3	3,3	0,58	0,78	Valido
	Claridad	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 14	Relevancia	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	Pertinencia	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	Claridad	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
ITEM 15	Relevancia	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	Pertinencia	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	Claridad	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 16	Relevancia	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	Pertinencia	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	Claridad	4	3	3	3,3	0,58	0,78	Valido
ITEM 17	Relevancia	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	Pertinencia	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	Claridad	3	4	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 18	Relevancia	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	Pertinencia	3	4	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	Claridad	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 19	Relevancia	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	Pertinencia	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	Claridad	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 20	Relevancia	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	Pertinencia	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	Claridad	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 21	Relevancia	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	Pertinencia	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	Claridad	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 22	Relevancia	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	Pertinencia	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	Claridad	4	3	3	3,3	0,58	0,78	Valido
ITEM 23	Relevancia	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	Pertinencia	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	Claridad	3	4	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 24	Relevancia	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	Pertinencia	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	Claridad	3	4	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 25	Relevancia	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	Pertinencia	4	3	3	3,3	0,58	0,78	Valido
	Claridad	4	3	3	3,3	0,58	0,78	Valido
ITEM 26	Relevancia	4	4	3	3,7	0,57	0,89	Valido
	Pertinencia	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	Claridad	4	3	3	3,3	0,58	0,78	Valido
ITEM 27	Relevancia	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	Pertinencia	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	Claridad	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 28	Relevancia	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	Pertinencia	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	Claridad	3	4	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 29	Relevancia	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	Pertinencia	3	3	4	3,3	0,58	0,78	Valido
	Claridad	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido

ITEM 30	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	3	3	4	3,3	0,58	0,78	Valido
	<i>Claridad</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 31	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	3	3	3,3	0,58	0,78	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 32	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 33	<i>Relevancia</i>	3	3	4	3,3	0,58	0,78	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 34	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 35	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 36	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 37	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 38	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	3	4	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 39	<i>Relevancia</i>	3	4	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
ITEM 40	<i>Relevancia</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
ITEM 41	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	3	4	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 42	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	3	4	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 43	<i>Relevancia</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	4	4	4	4,0	0,00	1,00	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido
ITEM 44	<i>Relevancia</i>	3	4	4	3,7	0,58	0,89	Valido
	<i>Pertinencia</i>	3	4	3	3,3	0,58	0,78	Valido
	<i>Claridad</i>	4	4	3	3,7	0,58	0,89	Valido

ANEXO: CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO

	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22	Item 23	Item 24	Item 25
Sujeto 1	4	4	3	2	4	2	3	4	3	2	3	3	1	2	1	3	1	3	4	2	4	0	2	2	2
Sujeto 2	2	1	1	3	2	1	2	3	2	2	2	3	2	0	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1
Sujeto 3	3	2	3	3	1	2	3	2	1	3	2	4	1	1	1	2	0	1	3	2	2	0	2	2	1
Sujeto 4	3	3	2	3	1	3	3	3	2	2	1	2	3	1	2	3	1	2	1	2	2	1	1	2	2
Sujeto 5	2	2	2	1	3	2	3	3	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1
Sujeto 6	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3	1	2	2	0	1	3	2	2	2	2	1	1	2	3	1
Sujeto 7	2	2	1	2	3	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	3	1	2	1	1	2	1	2	2	1
Sujeto 8	2	2	1	2	4	3	3	3	2	3	2	2	1	2	1	2	2	3	1	1	2	2	2	1	2
Sujeto 9	1	3	2	2	2	3	2	3	1	3	3	3	2	1	1	1	1	2	3	1	3	1	1	3	2
Sujeto 10	2	2	2	1	2	2	2	2	1	3	2	3	1	1	0	2	1	2	2	1	3	1	2	2	1
VARIANZA	0,61	0,61	0,56	0,6	1,04	0,36	0,25	0,41	0,49	0,25	0,4	0,64	0,45	0,49	0,41	0,41	0,36	0,4	0,89	0,25	0,64	0,4	0,24	0,4	0,24

Item 26	Item 27	Item 28	Item 29	Item 30	Item 31	Item 32	Item 33	Item 34	Item 35	Item 36	Item 37	Item 38	Item 39	Item 40	Item 41	Item 42	Item 43	Item 44	SUMA ENCUESTADOS
2	3	2	2	3	1	2	3	1	4	3	2	4	0	3	2	3	2	4	110
3	2	2	2	3	0	1	2	0	4	2	2	3	1	2	2	3	1	2	82
3	2	2	1	3	1	2	3	2	2	4	1	4	0	3	3	4	3	4	94
3	3	2	2	3	2	2	2	1	4	3	1	4	1	3	3	2	2	3	97
3	1	2	1	2	1	2	3	1	3	3	2	4	0	2	2	2	2	3	83
2	2	2	2	3	2	1	2	0	4	3	1	2	1	3	2	2	2	2	83
3	3	1	1	3	1	1	2	2	2	4	1	3	0	2	3	2	2	3	85
2	2	3	2	2	1	1	3	2	4	4	2	3	1	3	2	3	1	4	96
2	1	2	2	3	1	1	2	0	3	3	2	3	1	2	3	3	2	2	88
3	3	2	1	2	1	2	3	1	4	3	1	3	2	2	2	3	1	3	85
0,24	0,56	0,2	0,24	0,21	0,29	0,25	0,25	0,6	0,64	0,36	0,25	0,41	0,41	0,25	0,24	0,41	0,36	0,6	

ALFA	X	0,758
K	44	
K-1	43	
SUMATORIA V	18,57	
VT	71,61	

α (Alfa) =
 K (número de ítems) =
 V_i (varianza de cada ítem) =
 V_t (varianza total) =

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right]$$