



Universidad  
**Norbert Wiener**

Powered by Arizona State University

**FACULTAD DE ESCUELA DE POSGRADO  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE POSGRADO**

**Tesis**

Cultura de seguridad del paciente adulto mayor y prevención de eventos adversos del profesional de salud en el Hospital Policial Geriátrico San

José en Lima, 2023

**Para optar el título de**

Maestro en Ciencias de Enfermería con Mención en Gerencia de los  
Cuidados de Enfermería

**Presentado por:**

**Autor:** Millones Tadeo, Fany Victoria

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0003-8761-1567>

**Asesor:** Mg. Millones Gomez, Segundo German

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-4018-6140>

**Línea de investigación general**

Salud y bienestar

**Lima, Perú**

**2024**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, **FANY VICTORIA MILLONES TADEO** Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "**Cultura de seguridad del paciente adulto mayor y prevención de eventos adversos del profesional de salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023**" Asesorado por el docente: Segundo German Millones Gomez Con DNI 10690269 Con ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4018-6140> tiene un índice de similitud de (13) (TRECE)% con código oid:14912:348672918 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el tumitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....  
 Firma de autor 1  
 Fany Victoria Millones Tadeo  
 DNI: 07474501



.....  
 Firma  
 Segundo German Millones Gomez  
 DNI: 10690269

.....  
 Firma de autor 2  
 Nombres y apellidos del Egresado  
 DNI: .....

Lima, 20 de abril de 2024

### **Dedicatoria**

A mis padres, por ser ellos la luz y la fuerza que me dan para seguir adelante en este camino y a la vez brindarles cuidados especiales por ser adultos mayores.

## **Agradecimiento**

A Dios ante todo, por darme la oportunidad de terminar mi investigación.

A mi asesor, quien estuvo constantemente orientándome en mi investigación.

A la institución educativa y a la institución de salud donde se desarrolló la investigación.

A los jueces de expertos, quienes me ayudaron a realizar mi validación de instrumento.

A mi estadístico, quien me ayudó a terminar a tiempo mi investigación.

## ÍNDICE

Resumen .....	9
Abstract .....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA .....	13
1.1. Planteamiento del problema .....	13
1.2. Formulación del problema .....	16
1.2.1. Problema general.....	16
1.2.2. Problemas específicos .....	17
1.3. Objetivos de la investigación .....	17
1.3.1. Objetivo general.....	17
1.3.2. Objetivos específicos .....	17
1.4. Justificación de la investigación .....	18
1.4.1. Teórica .....	18
1.4.2. Metodológica .....	18
1.4.3. Práctica.....	19
1.5. Limitaciones de la investigación .....	19
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO .....	21
2.1. Antecedentes de la investigación.....	21
2.2. Bases teóricas.....	26
2.3. Formulación de hipótesis .....	41
2.3.1. Hipótesis general.....	41
2.3.2. Hipótesis específicas .....	41
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA .....	43
3.1. Método de la investigación .....	43
3.2. Enfoque investigativo .....	43
3.3. Tipo de investigación.....	43

3.4. Diseño de la investigación .....	44
3.5. Población, muestra y muestreo .....	44
3.6. Variables y operacionalización.....	46
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	55
3.7.1. Técnica.....	55
3.7.2. Descripción .....	56
3.7.3. Validación.....	61
3.7.4. Confiabilidad.....	62
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	63
3.9. Aspectos éticos.....	64
<b>CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS .....</b>	<b>65</b>
4.1 Resultados .....	65
4.1.1 Análisis descriptivo de resultados .....	65
4.1.2 Prueba de hipótesis.....	78
4.1.3 Discusión de resultados.....	88
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>93</b>
5.1 Conclusiones .....	93
5.2 Recomendaciones .....	94
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>96</b>
ANEXO 1: Matriz de consistencia.....	106
ANEXO 2: Instrumentos .....	110
ANEXO 3: Validez del instrumento.....	120
ANEXO 4: Juicios de expertos .....	121
ANEXO 5: Formato de consentimiento informado .....	128
ANEXO 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos.....	130
ANEXO 7: Reporte de similitud de turnitin.....	131

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Variables y operacionalización de cultura de seguridad del paciente .....	46
<b>Tabla 2.</b> Variables y operacionalización de prevención de eventos adversos .....	52
<b>Tabla 3.</b> Dimensiones por variable.....	57
<b>Tabla 4.</b> Categoría de respuestas del cuestionario.....	58
<b>Tabla 5.</b> Aspectos sociodemográficos del profesional de la salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023 .....	65
<b>Tabla 6.</b> Cultura de seguridad en el paciente adulto mayor en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023 .....	67
<b>Tabla 7.</b> Prevención de eventos adversos del profesional de la Salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023 .....	68
<b>Tabla 8.</b> Relación entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos del profesional de la salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023.....	69
<b>Tabla 9.</b> Resultados de la dimensión de eventos notificados en la prevención de eventos adversos ..	70
<b>Tabla 10.</b> Relación entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y los eventos notificados en la prevención de eventos adversos .....	71
<b>Tabla 11.</b> Resultados de percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos.....	72
<b>Tabla 12.</b> Relación entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos .....	73
<b>Tabla 13.</b> Resultados de errores de Feedback y comunicación sobre errores en la prevención de eventos adversos .....	74
<b>Tabla 14.</b> Relación entre la cultura de seguridad y de Feedback y comunicación sobre errores en la prevención de eventos adversos .....	75
<b>Tabla 15.</b> Resultados de la respuesta no punitiva a los errores en la prevención de eventos adversos	76
<b>Tabla 16.</b> Relación entre la cultura de seguridad y la respuesta no punitiva a los errores en la prevención de eventos adversos .....	77
<b>Tabla 17.</b> Prueba estadística entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos .....	79
<b>Tabla 18.</b> Prueba estadística entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de eventos notificados en la prevención de eventos adversos .....	80
<b>Tabla 19.</b> Prueba estadística entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos .....	82
<b>Tabla 20.</b> Prueba estadística entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de feedback y comunicación en la prevención de eventos adversos .....	84
<b>Tabla 21.</b> Prueba estadística entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de respuesta no punitiva a errores en la prevención de eventos adversos.....	86

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

**Figura 1.** Cultura de seguridad en el paciente adulto mayor en el Hospital Policial Geriátrico... **¡Error! Marcador no definido.**

**Figura 2.** Prevención de eventos adversos del profesional de la Salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023..... **¡Error! Marcador no definido.**

## Resumen

El presente estudio se centró en analizar la relación entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos del profesional de la salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima.

Se adoptó un enfoque de investigación no experimental, correlacional y transversal, abarcando una muestra de 80 profesionales de la salud del hospital mencionado. Para evaluar la cultura de seguridad, se empleó el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality, compuesto en 3 secciones, que valoran 51 ítems que abordan 12 dimensiones, y donde la escala de medición fue validada utilizando criterios de pertinencia, relevancia y claridad, respaldados por el coeficiente alfa de Cronbach. El análisis estadístico se basó en el coeficiente de Rho de Spearman. Entre los principales hallazgos, se destacó una percepción positiva en diversas dimensiones relacionadas con la cultura de seguridad y la prevención de eventos adversos en el Hospital Geriátrico PNP San José.

Se encontró una correlación significativa entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos, así como con sus respectivas dimensiones.

En conclusión, se evidencia que el Hospital Geriátrico PNP San José ha establecido una cultura de seguridad sólida, lo que subraya la necesidad de implementar estrategias específicas para fortalecer aún más esta cultura y prevenir eventos adversos, promoviendo así un entorno hospitalario más seguro y orientado al paciente.

**Palabras Clave:** Seguridad del Paciente, Eventos Adversos, Adulto Mayor.

## Abstract

The present study focused on analyzing the relationship between the safety culture of the elderly patient and the prevention of adverse events of the health professional at the San José Geriatric Police Hospital in Lima.

A non-experimental, correlational and transversal research approach was adopted, covering a sample of 80 health professionals from the aforementioned hospital. To evaluate the safety culture, the Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire from the Agency for Healthcare Research and Quality was used, composed of 3 sections, which assess 51 items that address 12 dimensions, and where the measurement scale was validated using criteria of relevance, relevance and clarity, supported by Cronbach's alpha coefficient. Statistical analysis was based on Spearman's Rho coefficient. Among the main findings, a positive perception stood out in various dimensions related to the safety culture and the prevention of adverse events at the PNP San José Geriatric Hospital.

A significant correlation was found between the safety culture of the elderly patient and the prevention of adverse events, as well as with their respective dimensions.

In conclusion, it is evident that the PNP San José Geriatric Hospital has established a solid safety culture, which highlights the need to implement specific strategies to further strengthen this culture and prevent adverse events, thus promoting a safer and patient-centered hospital environment.

**Keywords:** Patient Safety, Adverse Events, Older Adult.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación se centra en analizar la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y su relación con la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima durante el año 2023. La seguridad del paciente es una prioridad crucial en el ámbito de la atención médica, especialmente en el contexto geriátrico, donde los pacientes tienen necesidades de cuidado específicas y a menudo múltiples comorbilidades.

Este estudio busca comprender cómo la cultura de seguridad influye en la prevención de eventos adversos entre los profesionales de la salud en un entorno especializado como es el Hospital Policial Geriátrico San José. Se parte de la premisa de que una cultura organizacional sólida, enfocada en la seguridad del paciente, puede tener un impacto positivo en la identificación y mitigación de eventos adversos.

El presente trabajo de investigación se estructura en cinco capítulos:

El Capítulo I aborda la problemática de la seguridad del paciente en el contexto geriátrico, destacando la relevancia del estudio en este hospital específico. Se justifica la investigación resaltando la importancia de comprender la relación entre cultura de seguridad y prevención de eventos adversos en este entorno particular.

En el Capítulo II, se realiza una revisión exhaustiva de la literatura relacionada con la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos. Se exploran modelos teóricos que sustentan la investigación, incluyendo conceptos clave como trabajo en equipo, comunicación efectiva y aprendizaje organizacional.

El Capítulo III describe detalladamente la metodología empleada, incluyendo el diseño de investigación, la población y muestra seleccionada, los instrumentos de recolección de datos y los procedimientos. Se justifica la elección de herramientas específicas, como encuestas y entrevistas, para capturar las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud.

En el Capítulo IV, se presentan y discuten los resultados obtenidos a través del análisis de la cultura de seguridad y la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José. Se utilizan tablas, gráficos y estadísticas para ilustrar y respaldar los hallazgos obtenidos de la muestra.

Finalmente, en el Capítulo V, se presentan las conclusiones derivadas de la investigación y se ofrecen recomendaciones específicas para el Hospital Policial Geriátrico San José, así como posibles direcciones para futuras investigaciones.

## CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surge de las dificultades presentes en los diferentes sistemas de atención de la salud donde se presentan daños causados involuntariamente por el personal de salud, ocasionando un incidente adverso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que anualmente millones de pacientes padecen daños a razón de una atención sanitaria poco segura con un resultado de 2,6 millones de muertes al año tan solo en los países de ingresos bajos y medios. Ningún paciente debe sufrir daño cuando recibe atención de salud, pese a ello, a nivel mundial fallecen por lo menos 5 pacientes cada minuto por una atención poco segura (1).

La seguridad del paciente implica “la ausencia de daños prevenibles a un paciente durante el proceso de atención sanitaria, en particular, la reducción a un mínimo aceptable de los riesgos de daños innecesarios relacionados con la atención de salud” (2).

Los eventos adversos son ocurrencias que producen daño al usuario, causados después de su ingreso al nosocomio y está asociado más con el cuidado que reciben por parte del personal de salud que con la enfermedad que padecen originalmente (3). “Los eventos adversos debidos a una atención poco segura son una de las 10 causas principales de muerte y discapacidad en el mundo” (4). “El daño puede ser causado por una serie de eventos adversos, de los cuales casi el 50% son prevenibles” (4). “En los países de la OCDE, el 15% del total de la actividad y el gasto hospitalario es un resultado directo de eventos adversos” (4).

Los errores en la administración de un medicamento son una de las principales causas de lesiones y daños evitables frente al usuario por parte del personal de salud y en todo el mundo, el costo asociado a los errores de medicación asciende a US\$ 42 000 millones anuales,

al igual que en la práctica de inyecciones si no se brinda un buen procedimiento se pueden transmitir infecciones (4).

En México, la sub secretaría de innovación de la calidad del Instituto de Enfermedades Respiratorias (INER) encontró en los pacientes hospitalizados con 23 días de estancia hospitalaria que los eventos adversos se encuentran en un 9.1% del total de ingresos hospitalarios, de los cuales el 74.4% eran prevenibles por ser errores médicos, de los cuales las mujeres fueron las más afectadas con un 53.3% por su edad y un 33.3% en niños menores de 5 años; el costo a nivel nacional por eventos adversos reportados se encuentran en 1 500 millones de dólares anuales, tomando en cuenta que los sistemas de registro y captura son menores a los reales (5), establecen que se deben brindar servicios de salud eficientes con calidad, calidez y seguridad para el paciente (6).

En el Perú, el plan nacional para la seguridad del paciente adulto mayor busca que en los hospitales y establecimientos de salud se identifiquen la naturaleza de los eventos adversos y sean luego capaces de analizarlos, formular propuestas de mejora, socializando sus intervenciones e implementado algunas buenas prácticas para la seguridad del paciente involucrando al usuario en todo el proceso de mejora (7).

El Ministerio de Salud (MINSA), a través de la DIRESA Cusco, procura implementar con la Norma Técnica Sanitaria de la Seguridad del Paciente los aspectos esenciales de la calidad en los servicios de salud, llevando a cabo estrategias innovadoras que mejoren la calidad de la atención y seguridad de los pacientes como la cultura de la seguridad, la seguridad en la medicación, control de infecciones intrahospitalarias, notificación de eventos adversos, la realización de procedimientos correctos en lugares del cuerpo correcto, identificación de pacientes, comunicación durante el cambio de turno, la entrega de pacientes, mejora en la higiene de manos para prevenir infecciones (7).

En Lima, en el Hospital Hermilio Valdizán “se observó que la reacción adversa frente a los medicamentos ocupa el primer lugar de los eventos adversos con un 44.44%, seguido del intento de fuga con un 19.44%, caída del paciente sin consecuencias, de igual modo los eventos adversos relacionados con fuga de paciente y caída de paciente con daño tienen un 5.56%” (8).

En el Hospital de Villa Salvador a través de una directiva sanitaria se tiene por finalidad establecer el sistema de registro, notificación y análisis de incidentes, eventos adversos, eventos centinela, identificando oportunidades para la limitación y mitigación de sus efectos durante el proceso de atención en salud (9).

Tello (10) realizó un estudio sobre la percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente, observó que el personal de enfermería carece de fortalezas y oportunidades para mejorar la atención de salud al usuario, por falta de comunicación, apoyo de gerencia, dotación de personal y comunicación sobre los errores frente al paciente. Por lo cual la función gerencial de los jefes es importante en la perseverancia de acciones de seguridad del paciente.

Referida a la salud es el producto de interacciones dinámicas que a nivel de la atención del paciente deben integrarse bajo principios éticos y científicos y permear todos los niveles de la organización hospitalaria, para elevar el nivel de la misión institucional. Sin embargo, es frecuente que las actitudes de los profesionales de la salud involucrados en la atención médica tengan desviaciones que afectan la calidad de la atención y la seguridad del paciente.

En el Hospital Policial Geriátrico San José no existen registros reales ni datos estadísticos disponibles acerca de incidentes adversos que hayan ocurrido en distintos servicios, lo que sería fundamental para evaluar los estándares de calidad de atención. La justificación de este estudio radica en la necesidad de proporcionar una descripción actualizada sobre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de incidentes adversos por parte del personal médico. Se ha observado que algunos incidentes de este tipo no se informan

adecuadamente en los informes anuales de diferentes servicios. En particular, se ha notado que profesionales de la salud con experiencia en el servicio durante varios años pueden resistirse al cambio, a la formación y a comprender la importancia de la cultura de seguridad del paciente en su área de trabajo. Esto ha resultado en incidentes y errores que no se reportan debido a la preocupación de que afecten su historial laboral o desencadenen sanciones. A pesar de las conversaciones sobre la prevención de errores, no se siguen las medidas necesarias para evitar que vuelvan a ocurrir. Actualmente, se ha promovido la notificación de errores para corregirlos, aunque siguen ocurriendo eventos adversos durante diversas etapas, como la evaluación médica, la administración clínica, los procedimientos asistenciales, la toma de muestras en el laboratorio y los problemas de documentación. Además, se ha identificado que los pacientes adultos mayores, debido a la delicadeza de su piel, su fragilidad o a su estado de agitación o alteraciones sensoriales, enfrentan un mayor riesgo de complicaciones que afectan su salud e incluso pueden llevar a situaciones críticas, incluyendo el fallecimiento. Su aplicación adquiere relevancia significativa en los pacientes adultos mayores, es por ello por lo que se desea encontrar qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos por el profesional de salud del Hospital Policial Geriátrico San José.

## **1.2. Formulación del problema**

### 1.2.1. Problema general

¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos del profesional de la salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023?

### 1.2.2. Problemas específicos

1. ¿Existe relación entre la cultura de seguridad y la dimensión de Frecuencia de eventos notificados en la prevención de eventos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima?
2. ¿Existe relación entre la cultura de seguridad y la dimensión de Percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima?
3. ¿Existe relación entre la cultura de seguridad y la dimensión de Feed-back y comunicación sobre errores en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima?
4. ¿Existe relación entre la cultura de seguridad y la dimensión de Respuesta no punitiva a los errores en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima?

## **1.3. Objetivos de la investigación**

### 1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos del profesional de la salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima.

### 1.3.2. Objetivos específicos

1. Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión de Frecuencia de eventos notificados en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima.
2. Determinar relación entre la cultura de seguridad y la dimensión de Percepción de

seguridad en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima.

3. Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión de Feed-back y comunicación sobre errores en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima.

4. Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión de Respuesta no punitiva a los errores en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

##### 1.4.1. Teórica

La cultura de una organización puede ser evaluada en diversos niveles de atención médica y representa la base fundamental de las instituciones, donde se pueden reconocer puntos fuertes y áreas de mejora. Esta cultura influye en la manera en que los miembros del equipo piensan, actúan y enfrentan sus responsabilidades laborales.

La investigación por realizar permitirá obtener datos verídicos acerca de la cultura de seguridad que tiene el personal de salud frente a la atención que brinda al usuario durante su estancia hospitalaria y permitirá que tome conciencia de las medidas de prevención de los eventos adversos durante la atención directa que brinda al adulto mayor, además, se podrá establecer si hay una relación entre ambas variables fortaleciendo las teorías existentes sobre la cultura de seguridad y sobre la prevención de los eventos adversos.

##### 1.4.2. Metodológica

La investigación se realizará de modo ordenado y sistematizado para poder alcanzar el objetivo del estudio y sobre todo para seguir el rigor científico que toda investigación debe tener; asimismo, se utilizarán instrumentos como el MOSPS (Medical office survey on patient

safety culture) corroborando su validez y confiabilidad, razón de su aplicación y utilidad en los diversos estudios debido a que es muy factible y se adapta de acuerdo con las características de la presente investigación.

#### 1.4.3. Práctica

La presente investigación ayudará a concluir si las variables de estudio están relacionadas entre sí, con dichos resultados el personal de salud podrá valorar y tomar conciencia sobre la cultura de seguridad del paciente que se brinda diariamente durante su atención, logrando dar mayor confianza al usuario para así minimizar los posibles eventos adversos, logrando ofrecer una atención integral y segura. Asimismo, los resultados serán puestos en conocimiento de la jefatura o coordinación de enfermería del hospital geriátrico y así se puedan establecer estrategias que permitan establecer una sólida cultura de seguridad y con ello minimizar los eventos adversos.

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

Durante mi proceso investigativo, me enfrenté a diversas adversidades que requirieron un enfoque estratégico para superarlas eficazmente. Una de las principales dificultades fue la demora por parte de la institución hospitalaria en otorgar la aprobación necesaria para iniciar mi trabajo de campo. Esta demora impactó directamente en el cronograma de aplicación de los cuestionarios al personal de enfermería del centro geriátrico. Para solventar este desafío, coordiné acciones adicionales con la institución para acelerar el proceso de aprobación y así asegurar el flujo continuo de mi investigación.

Asimismo, me encontré con la limitación de la disponibilidad de tiempo por parte del personal de salud para participar en el estudio. Después de sus jornadas laborales, muchos profesionales de la salud manifestaron cansancio y escasa disposición para colaborar. Para abordar esta situación, implementé un sistema de incentivos como obsequios, con el fin de motivar su

participación. A pesar de estos desafíos logísticos, logré asegurar la colaboración plena de todo el personal, lo cual fue crucial para el éxito y la validez de los resultados obtenidos en mi investigación.

## CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### Internacionales

**Abusalem et al.** (11) en EE. UU. (Universidad de Louisville), en el 2019 realizaron un estudio de cuyo objetivo fue “Evaluar la relación entre la cultura de seguridad y la tasa de resultados asistenciales imprevistos en centros de cuidados a largo plazo (LTCF) utilizando el marco de la Agency for Healthcare Research y la calidad de la de la cultura de seguridad de los residentes”. Estudio transversal utilizando 13 dimensiones de la cultura de seguridad de cinco centros de cuidados a largo plazo, donde se evaluaron a las enfermeras tituladas, enfermeras prácticas tituladas, auxiliares de enfermería, administradores/gerentes, personal de apoyo administrativo y personal de rehabilitación, las caídas se evaluaron a través de la  $p$  de Spearman y las ecuaciones de Estimating Equations utilizando un enlace logarítmico (distribución de Poisson). Como resultado se observó que la comunicación y la retroalimentación sobre las incidencias son puntuaciones más altas ( $M = 4,35$ ,  $SD = 0,71$ ). La mayor cantidad de caídas se asoció con un menor nivel de trabajo en equipo, un menor grado de trasposos y un menor nivel de aprendizaje organizativo. Estos resultados sugieren que es necesario crear una sólida cultura de la seguridad para fomentar una cultura de atributos de seguridad centrada en el paciente entre el personal de enfermería que presta cuidados en los centros de cuidados a largo plazo. También es necesario desarrollar, aplicar y evaluar estudios de intervención sobre una cultura de seguridad centrada en el residente; llegando a la conclusión de que la escasez de enfermeras diplomadas en los LTCF y las nuevas son debido al reembolso económico por lo que están contratando a enfermeras prácticas licenciadas para tener una plantilla completa y ahorrar dinero, ocasionando que las enfermeras prácticas licenciadas pueden carecer de los conocimientos esenciales para disminuir la tasa de caídas.

**Kim et al.** (12) en Corea, en el 2022 realizaron un estudio cuyo objetivo fue “Analizar los estudios previos sobre la seguridad de los pacientes de edad avanzada; analizar los instrumentos utilizados para medir e identificar los problemas de seguridad; analizar las herramientas utilizadas para medirla e identificar los factores que afectan a la seguridad de los pacientes adultos mayores residentes en residencias de ancianos”, el estudio se basó en búsquedas bibliográficas (13,586 artículos) Crowe Criti-de Crowe. obteniendo un **resultado** donde evaluaron 25 estudios, utilizando siete herramientas para medir la seguridad de los pacientes en las residencias de ancianos; la herramienta más utilizada fue la encuesta en residencias de ancianos sobre la cultura de seguridad del paciente, donde se observó que los instrumentos de la seguridad del paciente en residencias de ancianos estaban relacionados con la cultura de seguridad del paciente y las actitudes de los empleados. Llegando a la conclusión de que los factores organizativos, como sistema de formación del personal y la composición del personal adecuado, deben reforzarse para establecer una cultura de seguridad del paciente al igual que en las residencias de ancianos, para lo cual es crucial el apoyo político.

**Riera et al.** (13) en México, en el año 2022 realizaron un estudio cuyo objetivo fue “Identificar los eventos adversos y acciones esenciales para la seguridad el paciente”, este estudio fue observacional de corte transversal, donde se incluyen a pacientes mayores de 16 años con estancia hospitalaria mayor a 24 horas en el servicio de cirugía general. Se reconoce a los eventos Adversos y se ordenaron por su causa de acuerdo con las Acciones Esenciales para la Seguridad del Paciente (AESP) y verificando el cumplimiento de las AESP. Los Resultados que se obtuvieron fue de 352 episodios clínicos, donde el 66% presentaron eventos adversos, de los cuales el 13% fueron relacionados con los procedimientos, 39% con infecciones, el 17% con medicación y el 4% con identificación del paciente. Concluyendo que se debe identificar las causas y evaluar el cumplimiento de las acciones esenciales de la seguridad; demostraron utilidad y sinergia para la seguridad del paciente, al momento de

detectar EA, así como determinar sus causas y evaluar el cumplimiento de las AESP.

**Moosavi** et al. (14) en Irán, en el año 2020 realizaron un estudio cuyo objetivo fue

“Investigar el estado de la cultura de seguridad del paciente, la frecuencia de eventos adversos y la relación entre ellos en los hospitales de Qazvin en Irán”, el estudio fue descriptivo-analítico realizado en seis hospitales, siendo su población de estudio las enfermeras, se recolectaron los datos a través de un cuestionario de la cultura de seguridad y una lista de verificación de eventos adversos, los resultados, los resultados fueron; la medida más alta de cultura de seguridad del paciente se relacionó con la dimensión aprendizaje organizacional (3,5, DT = 0,074), retroalimentación y comunicación de errores (3,4, DT = 0,82). Los participantes establecieron la puntuación más baja a las dimensiones de intercambio y transferencia de información (2,45, = 0,86) y apoyo a la gestión para la seguridad del paciente (2,62, Sd = 0,65). El apoyo de la dirección a la seguridad del paciente, la comprensión general de la cultura de seguridad del paciente, el trabajo en equipo dentro de las unidades organizativas, la comunicación, la retroalimentación sobre errores, los problemas del personal, el intercambio y la transferencia de información fueron predictores significativos de eventos adversos. Por lo tanto, se concluye en la tesis de estudio que la cultura de seguridad del paciente ayuda a identificar los eventos adversos. Por lo que los profesionales o gestores de la salud deben establecer sus principios o ideas para mejorar su cultura de seguridad del paciente y reducir el número de eventos adversos a través de capacitaciones constante al personal.

**Hessels** et al. (15) en Nueva York - EE. UU., en el año 2019 realizaron un estudio cuyo objetivo fue “Describir las relaciones entre PSC, atención de enfermería y 4 tipos de eventos adversos del paciente”, su estudio fue transversal y empleó datos de encuestas primarias de 311 enfermeras de 29 unidades en 5 hospitales y datos de eventos adversos secundarios de esas mismas unidades. Los análisis incluyen las investigaciones de varianza y modelos de regresión, teniendo como resultado el informe donde el personal de enfermería tiene un nivel bajo en la

atención brindada eventualmente ( $M = 3,44$ ,  $SD = 0,24$ ) en las 29 unidades; las dimensiones de PSC explicaron que hasta el 30 % de la alteración en la atención de enfermería brindada es de nivel bajo, el 26 % de las preocupaciones es sobre la calidad de la atención y el 15 % de los eventos relacionados con el dispositivo de acceso vascular. La atención de nivel bajo se asoció con caídas ( $p < 0,05$ ). Llegando a la conclusión de que se deben tomar acciones prioritarias para mejorar el PSC para reducir la atención de enfermería en un nivel bajo y disminuir los resultados adversos en los pacientes.

### **Nacionales**

**Borneo** (16) en Huánuco - Perú, en el 2020 realizó un estudio que tuvo como objetivo “Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en gestores y la seguridad del paciente” fue un estudio de diseño correlacional con 55 gestores e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) de la Red de Salud Huánuco, durante los años 2019 y 2020, donde emplearon la escala de cultura de seguridad del paciente y una lista de cotejo de seguridad del paciente, utilizando en su análisis la prueba de correlación de r de Pearson. Encontrándose en general los resultados donde el 90,9 % (50 instituciones) mostraron una baja seguridad del paciente y un 49.1% con un predominio de una cultura de seguridad negativa de la (IPRESS), llegando a la conclusión de que predominan valores bajos de la cultura de seguridad del paciente en gestores asociados con cumplimiento bajo de la seguridad del paciente de las IPRESS de la Red de Salud Huánuco

**Cervantes** (17) en Comas - Lima, en el 2021 realizó un estudio que tuvo como objetivo “Determinar la relación de la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos del personal de enfermería en emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales Comas” y en el estudio realizó un enfoque cuantitativo ,con un diseño metodológico descriptivo y transversal en una población de 45 licenciados de enfermería que trabajan en el servicio de emergencia, utilizaron un cuestionario de la cultura de seguridad del paciente y

prevención de eventos adversos, los resultados de los datos obtenidos son organizados en tablas y procesados en el programa estadístico SPSS 25. Llega a la conclusión de que este estudio ha sido relevante para el personal de salud porque identificó los factores que se deben fortalecer en la seguridad del paciente.

**Suarez** (18) en Lima - Perú, en el 2022 realizó un estudio cuyo objetivo fue “Determinar cuál es la relación que existe entre la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos realizados por el profesional de enfermería de un hospital nacional, Lima 2022”. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, tipo aplicada, a nivel descriptivo, diseño no experimental de corte transversal, tuvo una muestra de trabajo de 50 enfermeros que trabajaron en la emergencia del hospital a quienes se les evaluó utilizando dos cuestionarios de escala de Likert, donde se obtuvieron los resultados de que la seguridad del paciente es muy buena con un 50%, el 44% es regular y un 6% es mala y en cuanto a los eventos adversos se observó que un 82% es excelente lo cual quiere decir que es sobresaliente, un 14% indica que es regular y un 4.0% es deficiente. Se concluye que hay correlación positiva moderada en un 44.0%,  $Rho=0.44$ , con  $p$  valor = 0.0001; por lo tanto, existe relación significativa entre la seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos.

**Lázaro** (19) en Lima – Perú, en 2020 realizó un estudio que tuvo como objetivo “Determinar la relación que existe entre cultura seguridad de pacientes y la prevención de eventos adversos por el personal de enfermería en el servicio de emergencia SANNA 2020”. Su estudio fue no experimental transversal y correlacional con un enfoque cuantitativo el cual tuvo una muestra no probabilística de 35 enfermeras a las cuales se les realizó una encuesta y un cuestionario para cada variable. En sus resultados se mostraron que la cultura de seguridad es buena con un porcentaje de 45.7%, regular con 48.6% y malo con un 5.7%. Mientras que en cuanto a eventos adversos, se encuentra en un nivel deficiente con un 77.1% y un 22.9% un nivel regular. En resumen, se concluyó que no existe relación entre la variable seguridad de

pacientes y la prevención de eventos adversos del personal de enfermería en el servicio de ambulancias.

**Ayerbe** (20) en el Callao – Perú, en el 2021 realizó una investigación que tuvo como objetivo “Determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos por el personal de enfermería en el Centro Quirúrgico”, donde su investigación tuvo un enfoque cuantitativo, no experimental, correlacional, con una población y muestra de 42 enfermeros del centro quirúrgico, donde utilizó la técnica de encuesta y un cuestionario de instrumento, teniendo como resultado que las enfermeras previenen los eventos en un 2.4% de forma excelente y un 33.3% de forma regular, el 4.8% notifica los sucesos, concluyendo que un mínimo porcentaje de enfermeros, previene los eventos con excelencia además si las prácticas en seguridad son altas, la ocurrencia de eventos podría reducirse o evitarse, notificando a tiempo los incidentes sin juzgar, con la finalidad de modificar errores e impulsar el trabajo en equipo.

## **2.2. Bases teóricas**

**La cultura de seguridad** es relativamente nueva y comenzó a emplearse desde hace 30 años aproximadamente. Este concepto fue utilizado inicialmente en la industria nuclear tras la catástrofe de Chernóbil en 1986 (21), lo que llamó la atención sobre la importancia del impacto de los factores humanos y de la gestión sobre los resultados de rendimiento de la seguridad (22).

La cultura de seguridad se utiliza para describir la forma en que se gestiona en el lugar de trabajo y refleja "las actitudes, creencias, percepciones y valores que los empleados comparten en relación con la seguridad" (22).

La cultura de seguridad se define como “el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir” (23).

La cultura de seguridad es un conjunto de maneras de hacer y de pensar ampliamente compartidas por los actores de una organización en todo lo relativo al control de los principales riesgos de sus actividades (24):

- Maneras de hacer (organización de la estructura, reglas y procedimientos, elecciones técnicas, comportamientos compartidos). Esta es la parte visible.

- Maneras de pensar (saberes, creencias, evidencias implícitas, relaciones con la autoridad y con los debates). Esta es la parte invisible, más difícil de percibir y más difícil de cambiar (24).

La seguridad del paciente es una disciplina de la atención de la salud que surgió con la evolución de la complejidad de los sistemas de atención de la salud y el consiguiente aumento de los daños a los pacientes en los centros sanitarios. Cuyo objetivo es prevenir y reducir los riesgos, errores y daños que sufren los pacientes durante la prestación de la asistencia sanitaria en los hospitales (4).

### **Los 3 pilares de la seguridad**

La cultura de seguridad requiere acciones coherentes sobre 3 pilares:

- Seguridad técnica
- Sistema de gestión de la seguridad
- Factores humanos y organizativos

La consideración de los factores organizativos y humanos debe ocupar un mayor espacio en las estrategias de seguridad (25).

## **Teorías de la cultura de seguridad del paciente**

### **La teoría de la identidad social**

“El individuo se esfuerza por mejorar su autoestima mediante la identificación con un grupo. La organización debe generar intervenciones en materia de seguridad y potenciar la creación de redes seguras para que se incluyan en ella los individuos. También debe promover el entrenamiento de profesionales y el trabajo en equipos” (26).

### **La teoría de la autocategorización**

El individuo se identifica con distintos grupos (micro culturas) y renegocia de manera constante su identidad. La organización debe promover el refuerzo positivo, la recompensa del trabajo en seguridad, la publicidad de los programas en pro de la seguridad y debe reforzar la autoestima de los trabajadores para evitar las posibles consecuencias negativas que pudieran derivarse de los obstáculos para la implantación de la cultura de seguridad (26).

En enfermería la atención segura surgió con Nightingale, quien creó nuevas formas de brindar atención médica al paciente tras observar en la Guerra de Crimea que la mayoría de los soldados murieron por complicaciones patológicas prevenibles, como la falta de medidas de higiene, mejorar la iluminación y ventilación para el ambiente, siendo estrategias para prevenir errores en el ambiente hospitalario y reducir la mortalidad entre los soldados brindando a sí una seguridad del paciente y evitando eventos adversos (27).

### **La Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados culturales**

Representada por Leininger basada en su convicción de que las personas de diferentes culturas pueden ofrecer información y orientar a los profesionales de la salud para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan los demás, ya que la cultura determina los patrones y estilos de vida que tienen las personas lo cual influye en las decisiones de las personas (28).

Los cuidados culturales se refieren a los valores y creencias que favorecen, ayudando o permitiendo que otras personas mantengan su bienestar, enfrentándose a diversas adversidades,

dependiendo de la visión de las personas, sus creencias, costumbres, valores y modos de vida. La Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados culturales es perfectamente apropiada para la cultura de la seguridad del paciente y los eventos adversos porque está fuertemente influenciado por el comportamiento de los profesionales de la salud frente a la atención del adulto mayor (28).

En 1990, **Reason** (29) introdujo el "Modelo del queso suizo" y se utilizó para poder mejorar la seguridad en muchas industrias donde el entorno laboral presentaba riesgos inherentes. La mayoría de las veces, estos riesgos nunca se toman en cuenta porque existen "agujeros" que, en las circunstancias adecuadas, pueden alinearse y dar lugar a un error, accidente o "peligro", que se tienen que salvaguardar para prevenirlos.

### **Dimensiones de la cultura de seguridad del paciente**

Una dimensión de la cultura de seguridad del paciente y la cultura organizacional de una institución es el producto de valores, creencias, actitudes, percepciones, normas, procedimientos, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, lo que motiva el compromiso de una organización de salud con la gestión de la seguridad del paciente (28). Particularmente, los expertos en seguridad han sugerido los componentes esenciales para la cultura de seguridad como el trabajo en equipo, el apoyo al liderazgo, la comunicación (10) y una cultura justa, así como una cultura de información y aprendizaje (30).

### **Seguridad brindada por la dirección**

La dirección es la encargada de ofrecer un clima laboral idóneo dando las pautas para el desenvolvimiento del personal a la hora de realizar sus actividades, porque una visión clara y explícita de la seguridad del paciente es difundida desde la alta dirección, ya que la seguridad del paciente es responsabilidad de todos y cada uno en sus respectivos puestos de trabajo.

Se debe reforzar el conocimiento sobre la cultura de seguridad del paciente, facilitando que haya una comunicación horizontal para lograr el intercambio de información y que sea

fluida, esto permitirá mejorar las falencias que se encuentren a través de los reportes o notificaciones realizadas y poder seguir capacitando al personal para evitar eventos adversos y mejorar la seguridad del paciente (31).

**Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad.**

La cultura de seguridad del paciente en las instituciones de salud se perfila como uno de los requisitos esenciales para evitar en lo posible la aparición de eventos adversos, y poder aprender de los errores, para rediseñar los procesos de manera que no se vuelvan a presentar. Teniendo en cuenta que los jefes de servicios, supervisores y la dirección tomen acciones sobre la seguridad del paciente Adulto Mayor. Para estas expectativas se tomó en cuenta, cuestionarios que fueron realizados y modificados en España, a través de informes, sobre la cultura de seguridad del ministerio sanidad social, donde realizaron un estudio sobre la cultura de seguridad, utilizando 173 encuestas HSOPSC. Hoy en día, el empleo de cuestionarios como herramienta para medir el clima de seguridad en el ámbito sanitario ha demostrado su utilidad para hacer que los sistemas salud sean más seguros y sean Una organización con una actitud proactiva hacia una cultura de seguridad positiva, eficaz para mejorar la seguridad del paciente (32).

**Aprendizaje organizacional/mejora continua**

Hace varios años diversos autores consideran que el aprendizaje organizacional implica un proceso de mejora continua, tanto en el aspecto individual, grupal y organizacional, Donde la mejora continua se establece en compensar el trabajo en equipo de las personas, reconocer la evolución de los círculos de trabajo, donde se generan los líderes, para alcanzar los objetivos y la calidad requerida. (33).

### **Seguridad en el área de trabajo**

Es la disciplina encargada en la prevención de riesgos laborales cuyo objetivo es la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo, donde garantiza que el personal asistencial dentro de sus áreas de labores (servicio, unidad o institución), reconozcan sus funciones, técnicas y responsabilidades, frente al paciente como en ellos mismos, disminuyendo el riesgo de accidentes. Además, se debe facilitar una comunicación fluida para notificar posibles eventos adversos sin temor a llamadas de atención (34).

Se refiere también al trabajo de equipo en el donde todo el personal colaborador trabaje en equipo positivamente en el cuidado del paciente (adulto mayor) teniendo en cuenta, que la superioridad o jefes encargados dejen un número adecuado de trabajadores en cada turno (34).

### **Trabajo en equipo en el área de salud**

El trabajo en equipo dentro de una unidad/servicio permite coordinar habilidades, dones y talentos, haciendo que las tareas se completen; cuando se presentan problemas, es más fácil encontrar la solución al pertenecer a un equipo, y favorece la motivación entre los miembros, disminuyendo la rotación de personal y desgaste laboral (35).

### **Trabajo en equipo en las unidades /áreas de trabajo.**

Se puede definir como la coordinación de 2 o más personas que realizan aportes para lograr un objetivo en común, donde se logra identificar elementos comunes como la responsabilidad, compromiso con la organización o institución, estos equipos se relacionan de forma directa con la salud de los pacientes y la satisfacción sobre las necesidades propias de cada adulto mayor, así como en el tratamiento o superación de la enfermedad (36).

### **Seguridad desde la comunicación**

La comunicación es un instrumento fundamental para transferir información, no solo para establecer conocimientos, sino para motivar cambios en la conducta de las personas en

las organizaciones o instituciones, donde se implantan una cultura de seguridad, que permite salvaguardar la información brindada por parte del personal siendo de una manera confidencial (37). La comunicación es una estrategia clave y debe ser clara entre miembros del equipo de salud (trabajadores, supervisores o coordinadores) para poder cumplir con los objetivos establecidos de brindar una buena atención segura a los pacientes hospitalizados o ambulatorios. Además, para la prevención de riesgos o accidentes en los pacientes, la comunicación entre el personal de salud es importante porque, nos permite promover cambios de conductas favorables (38) Los sistemas de comunicación recogen información sobre sucesos adversos, errores o incidentes, con el objetivo de analizar sus causas e implantar cambios en el sistema para evitar su repetición, evitando el miedo a las medidas disciplinarias o legales (39).

En la Revista Cubana de Enfermería el Dr. González (37) señala que “Es a través de la comunicación, esencialmente, que el hombre sintetiza, organiza y elabora de forma cada vez más intensa, toda la experiencia y el conocimiento humano que le llega como individuo

### **Franqueza en la comunicación**

La comunicación es uno de los principales retos a los que se enfrentan todas las organizaciones a la hora de mejorar su efectividad y sus hábitos de comunicación interna, que es un conjunto de prácticas y normas no escritas que forma parte de todas las culturas corporativas de una institución, donde interviene la franqueza de la comunicación que Consiste en dejar en claro a la otra persona las ganas de ayudar para mejorar la seguridad del paciente, evitando así los eventos adversos (40).

### **Dotación de personal y apoyo de la gerencia**

Es el conjunto de personal que tiene una organización de salud para la realización de sus actividades, y además es indispensable que los altos directivos de la organización se formen en primer lugar una impresión cuantitativa y cualitativa respecto a requerimientos y distribución

de la dotación de personal. Esto permitirá mejorar aspectos generales de la gestión para brindar una buena cultura de seguridad al paciente adulto mayor y prevenir los eventos adversos (41).

### **Cambios de turno.**

Son la transferencia de información del personal saliente al personal entrante; el cambio de turno es un momento de cuidado clave para garantizar la continuidad del cuidado y la seguridad de paciente, definido como un informe o ritual, dado en el momento en que el profesional de salud (Enfermera, Médico, Técnico de Enfermería, laboratorio, etc.) transfiere la responsabilidad de los pacientes y lo que ha realizado durante su turno al otro colega que llega. La importancia que tiene es el proceso de atención de los pacientes motivado en el desarrollo de protocolos para estandarizar el proceso de atención en las diferentes instituciones de salud (42).

### **Gerencia del hospital**

La gerencia hospitalaria se ocupa de la organización, la planificación y el control de la administración del hospital para garantizar su buen desempeño, el buen protocolo de los servicios de salud y el cumplimiento de los objetivos financieros de la institución de salud. La gestión hospitalaria demanda de un equipo de salud para que trabajen eficazmente donde el gerente es la pieza clave de toda institución (69).

### **Instrumento que mide la cultura de la seguridad**

La Agency For Health Care Research and Quality (AHRQ) es una agencia que mide la cultura de seguridad en el paciente. Este instrumento permite medir la cultura de seguridad definida como “el producto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de conducta, individuales y grupales que determinan el compromiso, estilo y capacidad para una gestión segura y saludable de una organización”. En el 2016 se realizó la primera encuesta HMA.

En el 2018 esta versión fue validada en español, la cual estuvo basada en la Cultura de Seguridad del Paciente para hospitales de AHRQ (Agency For Healthcare Research and Quality), mide la seguridad del paciente en 12 dimensiones abarcando aspectos de la atención tanto a nivel individual como institucional. La encuesta HMA 2018 fue aprobada por el Comité de Ética de Florida International University, IRB N°18-0316, esta versión española permite el uso en diferentes países de habla hispana en el 2019 (43).

El instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality Culture, valoran las 12 dimensiones, con un total de 51 ítems. Estas doce dimensiones son:

1. Frecuencia de los eventos reportados
2. Percepción de seguridad
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad
4. Aprendizaje organizacional /mejora continua
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
6. Franqueza en la comunicación
7. Trabajo en equipo entre unidades/servicios.
8. Cambios de turno y rotación del personal
9. Dotación del personal.
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
11. Feed-back y comunicación sobre errores
12. Respuesta no punitiva a los errores.

### **Evento adverso**

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente

requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria.

La falla de comunicación entre los profesionales son la causa principal de los eventos centinela y los fallos en la comunicación con los pacientes favorecen que ocurran eventos adversos y una mayor frecuencia de reclamaciones y litigios. Los pacientes que han podido manifestar a su médico sus dudas o preocupaciones informan hasta 8 veces menos efectos indeseables o inesperados del tratamiento.

Estrategias para desarrollar el liderazgo y el trabajo en equipo para lograr cuidados seguros, esenciales en otras empresas consideradas de alto riesgo, no son la norma en el ámbito sanitario. Los eventos adversos, cuando se producen, siguen siendo analizados desde la perspectiva de la culpabilidad y no del análisis del sistema para aprender a prevenirlos.

El estudio de la cultura para la seguridad del paciente se enfoca desde diferentes perspectivas o dimensiones; hasta el momento, el informe de la frecuencia y severidad de los incidentes es una de las que menos se toma en cuenta. En este sentido debe existir un compromiso directivo permanente para promoverlo y facilitararlo, proporcionando las herramientas necesarias para identificar los patrones más prevalentes en los incidentes de seguridad que permitan evaluar con datos duros las intervenciones para su prevención.

Un evento adverso es un daño ocasionado al usuario o cliente de manera involuntaria durante la atención brindada por los profesionales de la salud, pudiendo ser cualquier signo, síntoma o enfermedad asociada con el uso de un medicamento causando un daño leve, moderado, severo y desencadenando posiblemente en la muerte.

Un evento adverso puede ocasionarse también por las malas prácticas del equipo de salud o por la falta de adherencias a protocolos inadecuados en el manejo del estrés o sobrecarga laboral, disminuyendo la calidad de atención hacia el usuario o cliente adulto mayor (44).

Los eventos adversos generan un impacto en la familia por las lesiones físicas ocasionadas por el profesional de salud y genera un estrés psicológico en el profesional, conllevando estar a la defensiva frente a cualquier interrogatorio relacionado con los descuidos de los procedimientos o la falta de adherencia a protocolos, excesiva carga laboral disminuyendo la calidad de atención y por ende la pérdida de la credibilidad de la población frente a la atención de calidad brindada (44).

Los eventos adversos pueden ser ocasionados por las acciones de Enfermería como las úlceras por presión, caídas, flebitis y retiros de dispositivos terapéuticos. También pueden considerarse como eventos adversos las infecciones hospitalarias, los errores y retrasos en el diagnóstico, los errores en la medicación, la sobreutilización de medicamentos, la confusión de historias y de documentos clínicos (44).

Las **causas** de los eventos adversos son múltiples y las más comunes son: Naturales, físicas (infraestructura), humanas (el actuar del profesional y el diagnóstico) administrativas (condiciones generales del sistema) y tecnológicas, formando un enfoque sistémico donde Joint Commission destaca los siguientes factores (45).

**Factores humanos:** relación de profesional-pacientes, turnos, fatiga, capacitación.

**Factores del proceso:** análisis de los fallos de los diferentes pasos del proceso.

**Equipamiento:** mantenimiento reactivo y proactivo.

**Factores ambientales:** ruido, espacio, mobiliario

**Gestión de la información:** comunicación intra y extra del equipo.

**Liderazgo:** cultura de la organización con respecto a la seguridad.

Supervisión adecuada (46).

Debido a las causas anteriormente mencionadas, la OMS refiere que el 50% de los casos son prevenibles y que dentro de los grandes países uno de cada 10 pacientes sufre daños durante la atención hospitalaria, y en los países bajos - medios se presentan 134 millones de eventos adversos al año, donde 4 de cada 10 pacientes sufren daño en la atención primaria y ambulatoria a nivel mundial, considerándose que el 80% de casos son prevenibles. De igual manera, la OMS ha manifestado en reiteradas ocasiones que la responsabilidad no es únicamente de los profesionales de la salud, sino también de las autoridades sanitarias y de quienes velan por la gestión de los procesos, entre todos se debe conformar una cultura sólida de seguridad con eficacia y responsabilidad frente a la atención de salud del paciente y evitar los eventos adversos a nuestros adultos mayores de la familia policial (47).

#### **Eventos adversos prevenibles:**

Son efectos o consecuencia no deseados, no intencionados que se habrían evitado si se cumplen con los estándares del cuidado durante el momento determinado de la atención al paciente (adulto mayor), estos incidentes pueden ser leves y se corrigen fácilmente (47).

#### **Eventos adversos no prevenibles:**

Son efectos o consecuencias no deseados, no intencionados que se presentan a pesar del cumplimiento de los estándares del cuidado asistencial. e incluso cumpliendo todos los protocolos de seguridad del paciente (47).

#### **Prevención de eventos adversos**

Un evento adverso puede ser «el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de la salud, y que no son causados por su propia enfermedad si no que son ocurridos por el resultado clínico de un error en el tratamiento médico o del profesional de salud, el cual debe tener los siguientes conocimientos para prevenirlos (48).

**1. Conocer las guías y protocolos de la institución.**

- Identificar y conocer las guías y protocolos.
- Organizar rutinas de trabajo, establecer etapas y delegar tareas para la seguridad del paciente.
- Designar un encargado de apoyar a quienes ejecuten las acciones de mejora en pro del paciente y bienestar del profesional.

**2. Identificación del paciente y el procedimiento requerido.**

- El personal tratante debe recordar el paso a paso para una correcta aplicación y atención de salud.
  - a. Revisar que la prescripción del medicamento esté correcta (Medicamento correcto).
  - b. Revisar la etiqueta del medicamento y confrontar con la fórmula.
  - c. Verificar el nombre completo del paciente con sus dos apellidos, número de identificación y el registro de alergias (Paciente correcto).
  - d. Confirmar la dosis usando una guía farmacológica (Dosis correcta).
  - e. Confirmar que la vía prescrita es la indicada para el medicamento recetado. (Vía de administración).
  - f. Indicar la hora correcta de suministro.
  - g. Confirmar la frecuencia con la que el paciente debe tomar el medicamento.
  - h. Hacer seguimiento al paciente y a los efectos secundarios del medicamento.
  - i. Registrar dosis, dilución, hora y vía de administración.
  - j. Preparar el medicamento.
  - k. Administrar el medicamento.
  - l. Tener responsabilidad de la administración.

- Es importante y obligatorio dejar registro en la historia clínica de cada atención o actuación del profesional de Salud frente al paciente (48).

### **3. Listas quirúrgicas de verificación**

La OMS busca reducir el número de eventos adversos quirúrgicos teniendo en cuenta una lista de verificación, con el fin de mejorar la seguridad de las operaciones y disminuir el número de complicaciones y eventos adversos (48).

### **4. Implementar un sistema de gestión**

Este sistema de gestión les debe permitir organizar y centralizar los datos de cada paciente. Además de ayudar a crear escenarios e identificar mejoras durante la atención de salud al paciente (48).

### **5. Programar espacios de capacitación para el personal de la salud**

Con el propósito de asegurar la más alta calidad en la atención médica brindada, se prioriza la seguridad del paciente mediante un enfoque centrado en los procesos llevados a cabo por los profesionales de la salud (48).

Los tipos de errores y daños se clasifican además según el dominio o dónde ocurrieron en el espectro de proveedores y entornos de atención médica. Las causas fundamentales del daño se identifican en los siguientes términos (23).

- Falla latente: eliminada del practicante e involucrando decisiones que afectan las políticas, los procedimientos y la asignación de recursos de la organización.
- Fracaso activo: contacto directo con el paciente
- Falla del sistema organizacional: fallas indirectas que involucran la gestión, la cultura organizacional, los protocolos/procesos, la transferencia de conocimiento y factores externos.
- Falla técnica—falla indirecta de instalaciones o recursos externos

Finalmente, un pequeño componente de la taxonomía se dedica a actividades de prevención o mitigación. Estas actividades de mitigación pueden ser universales

(implementadas en toda la organización o entornos de atención médica), selectivas (dentro de ciertas áreas de alto riesgo) o indicadas (específicas para un proceso clínico u organizacional que ha fallado o tiene un alto potencial de fallar).

### **Dimensiones de la prevención de eventos adversos.**

- **La dimensión de Frecuencia de eventos notificados.** - La notificación de eventos adversos hace referencia a los procesos y la tecnología implicada en la estandarización, formato, comunicación, retroalimentación, análisis, aprendizaje, respuesta y difusión del aprendizaje generado por el registro de eventos. Además, la notificación depende no solo de la conciencia del error sino también de la buena voluntad para documentarlo y, sobre todo, del clima de la organización y de la confianza que hayan transmitido los líderes de la organización para entender la notificación como una oportunidad para mejorar la seguridad y no como un mecanismo para la culpabilización o la punición. (49). Sucesos notificados Es una estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en el ámbito de la salud, a partir de los cuales se puede mejorar la seguridad de los pacientes .Además es una parte de la “cultura de seguridad”, donde todos los sucesos ocurridos durante la jornada laboral se notifican para poder valorar y subsanar el suceso mediante la notificación de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, donde figuran todos los datos para saber el cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente, esto permite investigar y analizar el accidente para que no vuelva ocurrir o la ocurrencia sea menor (49).

**La dimensión de la Percepción de Seguridad.** - Sensación que tiene la población de ser víctima de algún hecho delictivo o evento que pueda atentar contra su seguridad, integridad física o moral, vulnerar sus derechos y la conlleve al peligro, daño o riesgo (50).

**La dimensión de Feed-back y comunicación sobre errores.** -Son respuestas que se transmiten de un receptor al emisor, basándose en el mensaje recibido, siendo ésta una comunicación bidireccional entre dos personas, donde definimos un emisor y un receptor,

donde los profesionales de la salud se informan de los errores que ocurren y los cambios que se implementan para prevenir errores; y de acuerdo a Agency for Health Care Research and Quality (AHQR, 2014), la cultura de seguridad del paciente es una serie actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento por parte del personal salud, lo cual determina el compromiso que tienen las instituciones de salud frente a la seguridad. Por consiguiente, la comunicación fundada por la confianza mutua, las medidas preventivas y las metodologías correctivas juegan un papel fundamental en el manejo de la seguridad (51).

**La dimensión de Respuesta no punitiva a los errores.** - Es una dimensión que se constituye en oportunidad de mejora, esta dimensión pretende evitar que los errores cometidos por el personal sean utilizados en su contra, que las personas implicadas en un evento adverso sean etiquetadas como “culpables” y que los errores se conviertan en contenidos para su expediente, o situaciones que generan temor en los colaboradores asistenciales de la salud (52).

### **2.3. Formulación de hipótesis**

#### 2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos del profesional de salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023.

Ho: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y prevención de eventos adversos del profesional de salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023.

#### 2.3.2. Hipótesis específicas

Hi: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de Frecuencia de eventos notificados en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima,2023

Ho: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de Frecuencia de eventos notificados en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima 2023

Hi: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de Percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023

Ho: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de Percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima 2023

Hi: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de Feed-back y comunicación sobre errores en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023

Ho: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de Feed-back y comunicación sobre errores en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima 2023.

Hi: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de Respuesta no punitiva a los errores en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023

Ho: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de Respuesta no punitiva a los errores en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima 2023.

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de la investigación**

El método que se aplica en la presente investigación es el hipotético – deductivo. Este método consiste en pretender dar una respuesta a los diferentes problemas que se plantea la ciencia a través de la postulación de la hipótesis que se toman como verdaderas, no habiendo alguna evidencia acerca de ellas (53); implica los siguientes pasos: la observación del fenómeno de estudio o problema, creación de hipótesis, deducciones o consecuencias de la hipótesis obtenida y al final se comprueba o refuta los enunciados, mediante mediciones numéricas y análisis estadístico para poder establecer las medidas de seguridad del paciente y disminuir los eventos adversos en dicho hospital (53).

### **3.2. Enfoque investigativo**

El enfoque del presente estudio es el cuantitativo. Este enfoque se define como aquella que utiliza métodos cuantitativos e inferencia estadística con el objetivo de extrapolar los resultados de una muestra a una población (54). En un estudio se indica que Durkheim refiere que “la única comprobación científica y rigurosa de un fenómeno es a partir de variables medibles y cuantificables utilizando la estadística como la herramienta más fiable” (54).

### **3.3. Tipo de investigación**

La presente investigación es de tipo Aplicada, Llamada también investigación práctica y se caracteriza en interpretar los conocimientos que se consiguen. con aplicación directa a los problemas de la sociedad o problemas de salud. Esta se basa fundamentalmente en los descubrimientos tecnológicos de la investigación básica, ocupándose del desarrollo del procesamiento de enlace entre la teoría y el resultado. La investigación aplicada se encuentra

estrechamente vinculada con la investigación básica, pues depende de los resultados y avances un marco teórico (55).

### **3.4. Diseño de la investigación**

En este estudio el diseño a utilizar es no experimental, correlacional y transversal. Es no experimental ya que no se manipulan las variables en estudio y se basa fundamentalmente en la observación de los fenómenos tal como se da en el contexto natural, para posteriormente analizarlos sin intervención del investigador (56); asimismo, es correlacional ya que se busca medir las dos variables y establecer la relación estadística entre ellas sin la influencia de alguna variable extraña (57); será transversal ya que se hará en un único momento donde se utilizarán los datos estadístico, del personal de la salud para analizar si su cultura de seguridad y la prevención de eventos adversos es la adecuada frente a la atención del paciente (58).

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

**Población:** Según Jany es “la totalidad de elementos o individuos que tienen ciertas características similares y sobre las cuales se desea hacer inferencia (59)”; siendo la población de estudio 80 profesionales de la salud que laboran en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima.

**Muestra:** Es la “parte de la población que se selecciona, de la cual realmente se obtiene la información para el desarrollo del estudio y sobre la cual se efectuará la medición y la observación de las variables objeto de estudio” (59), la muestra de estudio está conformada por los 80 profesionales de la salud, lo que quiere decir que se incluirá a toda la población de estudio. Por ende, el **muestreo** será no probabilístico por conveniencia.

**Criterios de elegibilidad:**

**Criterios de inclusión:**

Todos los profesionales de salud de ambos sexos que laboran en el Hospital Policial Geriátrico San José por más de 6 meses y hayan firmado el consentimiento informado.

**Criterios de exclusión:**

Personal de salud que por diversos motivos se encuentren en licencia, vacaciones y/o descanso médico en las fechas de recolección de datos.

Unidad de Análisis: conformada por todos los profesionales de la salud del Hospital Policial Geriátrico San José.

### 3.6. Variables y operacionalización

**Tabla 1.** Variables y operacionalización de cultura de seguridad del paciente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Niveles y rango (Valor final)
<b>CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>	Es el conjunto de valores y normas comunes a los individuos dentro de una misma organización e implica un modelo mental compartido que posiciona la seguridad como un objetivo común a perseguir y el control de los principales riesgos de sus actividades.	Son aquellas actividades y gestiones de trabajo que se ven reflejada en las, actitudes, creencias, valores y normas que realiza el profesional de salud frente a la atención brindada al paciente en el Hospital Policial Geriátrico San José.	Expectativas y acciones de la dirección / supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mi superior/jefe expresa su situación cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente.</li> <li>✓ Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que hace al personal para mejorar la seguridad del paciente</li> <li>✓ Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.</li> <li>✓ Mi superior/jefe pasa por altos los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente</li> </ul>	Ordinal	<p><b>Positivo: [148 – 200]</b></p> <p><b>Neutral: [94 – 147]</b></p> <p><b>Negativo: [40 – 93]</b></p>

<p>Aprendizaje organizacional/mejora continua</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.</li> <li>✓ Cuando se detecta algún fallo en la atención del paciente que lleva a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.</li> <li>✓ Los cambios que hacemos que mejorar la seguridad del paciente se evalúa para comprobar su efectividad.</li> </ul>	Ordinal
<p>Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El personal se apoya mutuamente Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminado</li> <li>✓ En esta unidad nos tratamos todos con respeto</li> <li>✓ Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros.</li> <li>✓ Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo</li> <li>✓ A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente por</li> </ul>	Ordinal

lo que la jornada laboral es agotadora

Franqueza en la comunicación

- ✓ Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con toda libertad. -
- ✓ El personal puede cuestionar con toda libertad las decisiones o acciones de sus superiores.
- ✓ El personal teme hacer preguntas sobre los que parece que se ha hecho de forma incorrecta.
- ✓ El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.
- ✓ El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.
- ✓ Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.

Ordinal

	Ordinal
Trabajo en equipo entre unidades/servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hay una buena cooperación entre unidades /servicios que tienen que Trabajar conjuntamente.</li> <li>✓ Los servicios /unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejora de atención posible.</li> <li>✓ Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.</li> <li>✓ Suele resultar incomodo Tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.</li> </ul>
Cambios de turno y rotación del personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicios a otra.</li> <li>✓ En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.</li> <li>✓ El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.</li> <li>✓ Surgen problemas en la atención de los pacientes</li> </ul>

## Dotación de personal

- Ordinal
- ✓ como consecuencia de los cambios de turno.
  - ✓ Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.
  - ✓ A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.
  - ✓ Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo
  - ✓ A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente por lo que la jornada laboral es agotadora.
  - ✓ En ocasiones no se presenta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.
  - ✓ Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa
  - ✓ Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo.
  - ✓ El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado

- del paciente.
- ✓ Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.
- ✓ Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.
- ✓ Frecuentemente, trabajamos en “tipo crisis” intentando hacer mucho, muy rápidamente.

<p>Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.</li> <li>✓ La gerencia o la dirección del hospital muestran con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.</li> <li>✓ La gerencia / dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente</li> </ul>	<p>Ordinal</p>
---	--	----------------

---

**Tabla 2.** Variables y operacionalización de prevención de eventos adversos

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Niveles y rango (Valor final)
<b>PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS</b>	Prevenición de Eventos Adversos son estrategias que buscan, garantizar la seguridad de los pacientes. Donde el Evento Adverso es «el daño, lesión o muerte causados por el tratamiento de una enfermedad o estado del paciente por los profesionales de la salud, y que no son causados por su propia enfermedad si no que son ocurridos por el resultado clínico de un error en el tratamiento médico o del profesional de salud.	Es el conjunto de actividades que realizan los profesionales de la salud para prevenir riesgos y daños a los pacientes.	Frecuencia de eventos notificados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.</li> <li>✓ Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.</li> <li>✓ Se notifican los errores que no se han tomado consecuencias adversas, aunque posiblemente podrían haber dañado al paciente.</li> </ul>	Ordinal	<b>Positivo: [41 – 55]</b>
			Percepción de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.</li> <li>✓ Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.</li> </ul>		Ordinal

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Niveles y rango (Valor final)
				✓ En esta unidad hay problemas relacionados con la Seguridad del paciente.		
			Feed-back y comunicación sobre errores	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio /unidad.</li> <li>✓ En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error vuelva a ocurrir</li> </ul>	Ordinal	
			Respuesta no punitiva a los errores	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ En mi servicio/unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra.</li> <li>✓ En mi unidad, cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.</li> <li>✓ En mi unidad, el personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.</li> </ul>	Ordinal	

### 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.7.1. Técnica

La técnica es un conjunto de herramientas, procedimientos e instrumentos utilizados para obtener información y conocimiento, se aplican de acuerdo con los protocolos establecidos en cada metodología de estudio (59). La técnica utilizada en la investigación es la encuesta, donde se recogen y analizan datos de una muestra representativa del universo más amplio que se pretende explorar, describir, predecir, una serie de características donde se proporcionara la información de las actitudes y comportamientos del profesional de estudio (60).

Descripción de instrumentos: En la presente investigación se usó, el Cuestionario por Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality.

#### Variable 1: Cultura de seguridad del paciente

Niveles y rangos de la cultura de seguridad		
VARIABLES	Niveles	Rangos
Cultura de seguridad del paciente	Positivo	[148 – 200]
	Neutral	[94 – 147]
	Negativo	[40 – 93]

- Puntaje máximo: 200
- Puntaje mínimo: 40
- Rango= 200 - 40 = 160
- Amplitud=  $160/3 = 53.333 = 53$

#### Variable 2: Prevención de eventos adversos

Niveles y rangos de la cultura de seguridad		
VARIABLES	Niveles	Rangos
Prevención de eventos adversos	Positivo	[41 – 55]
	Neutral	[ 26 – 40]
	Negativo	[11 – 25]

- Puntaje máximo: 55
- Puntaje mínimo: 11

- Rango=  $55 - 11 = 44$
- Amplitud=  $44/3 = 14.666 = 14$

### 3.7.2. Descripción

En la presente investigación se recaudarán los datos por medio del cuestionario estructurado, autoadministrado individual, sobre la cultura de seguridad del paciente: Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality. La valoración de cada ítem se realizará por medio de la escala Likert, en 5 grados de acuerdo con cada sección, para cada una de sus dimensiones: 1 muy en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 de acuerdo, 5 muy de acuerdo, o en: 1 nunca; 2 casi nunca, 3 a veces, 4 casi siempre. Inicialmente agrupa las preguntas bajo cuatro criterios: “Su servicio/Unidad”, “Su hospital”, “Comunicación en su servicio/unidad”, e información complementaria.

El instrumento Hospital Survey on Patient Safety Culture de la Agency for Healthcare Research and Quality Culture, comprende 3 partes (datos generales, cultura de seguridad y prevención de eventos adversos), que valoran 12 dimensiones, con un total de 51 ítems, el tiempo calculado es de 15 min. (61).

Estas doce dimensiones son:

1. Frecuencia de los eventos reportados
2. Percepción de seguridad
3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad
4. Aprendizaje organizacional /mejora continua
5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio
6. Franqueza en la comunicación
7. Trabajo en equipo entre unidades/servicios.
8. Cambios de turno y rotación del personal

9. Dotación del personal.
10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente
11. Feed-back y comunicación sobre errores
12. Respuesta no punitiva a los errores.

Las dimensiones fueron divididas con apoyo y consejería de expertos entre las dos variables de la siguiente manera:

**Tabla 3.** Dimensiones por variable

Cultura de seguridad del paciente	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad.</li> <li>4. Aprendizaje organizacional/mejora continua.</li> <li>5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio.</li> <li>6. Franqueza en la comunicación.</li> <li>7. Trabajo en equipo entre unidades/servicios.</li> <li>8. Cambios de turno y rotación del personal.</li> <li>9. Dotación de personal.</li> <li>10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del Paciente.</li> </ol>
Prevención de eventos adversos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frecuencia de eventos notificados.</li> <li>2. Percepción de seguridad.</li> <li>11. Feed-back y comunicación sobre errores.</li> <li>12. Respuesta no punitiva a los errores.</li> </ol>

De forma general, las respuestas del cuestionario se recodifican en tres categorías de acuerdo con el siguiente esquema.

**Tabla 4.** Categoría de respuestas del cuestionario

Positivo	Neutral	Negativo
De acuerdo	Ni en acuerdo ni En desacuerdo	Muy en desacuerdo
Muy de acuerdo	Ni en desacuerdo	
Casi siempre siempre	Algunas veces Rara vez	Nunca

### Ficha técnica del instrumento para medir la variable

Ficha Técnica	Cultura de seguridad
<b>Instrumento</b>	Original de Medical Office Survery on Patient Safety Culture (MOSPS) EE. UU. (Encuesta de Consultorios Médicos sobre Cultura de Seguridad del Paciente)
<b>Autores</b>	Astier P., Maderuelo F., Olivera G., Torijano C., Silvestre B y Grupo de Seguridad del Paciente Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad. Madrid
<b>Adaptado / Modificado</b>	Fany Millones Tadeo, jueces expertos 2023. Perú
<b>Procedencia</b>	Original Estados Unidos. Adaptada al español-Madrid/España
<b>Aplicación</b>	Profesionales de la salud
<b>Lugar de la aplicación</b>	Perú-Lima Hospital Policial Geriatrico “San José”
<b>Desarrollado en el año</b>	2023
<b>Administración</b>	Individual autoadministrado y realizado en un lugar que garantice las condiciones de privacidad y anonimato
<b>Duración</b>	El tiempo destinado es de 15 a 20 minutos.
<b>Descripción del Instrumento: Dimensiones</b>	Cuestionario MOSPSC (Medical Office Survey on Patient Safety Culture, está integrado por 51 preguntas y un total de 12 dimensiones, de las cuales 8 dimensiones valoran los diferentes aspectos sobre la cultura de seguridad en el paciente:  3. Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad 4. Aprendizaje organizacional/mejora continua 5. Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio 6. Franqueza en la comunicación 7. Trabajo en equipo entre unidades/servicios. 8. Cambios de turno y rotación del personal 9. Dotación de personal 10. Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del Paciente.
<b>Escala de medición</b>	Un cuestionario que tiene opciones de respuestas que va: - Positivo (De acuerdo, Muy de acuerdo, Casi siempre, Siempre) - Neutral (Ni en acuerdo, En desacuerdo, Ni en desacuerdo Raramente). - Negativo (Muy en desacuerdo, Nunca)
<b>Tipificación</b>	La categorización señala que son: positivo (148 – 200.), Neutral (94 –147) y negativo (40 – 93)

### Ficha técnica del instrumento para medir la variable

Ficha Técnica	Prevención de eventos adversos
<b>Instrumento</b>	Original de Medical Office Survery on Patient Safety Culture (MOSPS) EE. UU. (Encuesta de Consultorios Médicos sobre Cultura de Seguridad del Paciente)
<b>Autores</b>	Astier P., Maderuelo F., Olivera G., Torijano C., Silvestre B y Grupo de Seguridad del Paciente Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud Ministerio de Sanidad. Madrid
<b>Adaptado / Modificado</b>	Fany Millones Tadeo, jueces expertos 2023. Perú
<b>Procedencia</b>	Original Estados Unidos. Adaptada al español-Madrid/España
<b>Aplicación</b>	Profesionales de la salud
<b>Lugar de la aplicación</b>	Perú-Lima Hospital Policial Geriátrico “San José”
<b>Desarrollado en el año</b>	2023
<b>Administración</b>	Individual autoadministrado y realizado en un lugar que garantice las condiciones de privacidad y anonimato
<b>Duración</b>	El tiempo destinado es de 15 a 20 minutos.
<b>Descripción del Instrumento: Dimensiones</b>	Cuestionario MOSPSC (Medical Office Survery on Patient Safety Culture, está integrado por 51 preguntas, compuesto por un total de 12 dimensiones de las cuales 4 de las dimensiones evalúa la prevención de eventos adversos: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frecuencia de eventos notificados</li> <li>2. Percepción de seguridad</li> <li>11. Feed-back y comunicación sobre errores.</li> <li>12 respuesta no punitiva a los errores.</li> </ol>
<b>Escala de medición</b>	Un cuestionario que tiene opciones de respuestas que va: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Positivo (De acuerdo, Muy de acuerdo, Casi siempre, Siempre)</li> <li>- Neutral (Ni en acuerdo, En desacuerdo, Ni en desacuerdo Raramente).</li> <li>- Negativo (Muy en desacuerdo, Nunca)</li> </ul>
<b>Tipificación</b>	La categorización señala que son: positivo (41 – 55.), Neutral (26 – 40) y negativo (11 – 25)

### 3.7.3. Validación

Se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir, las respuestas de las preguntas son sondeadas a través del juicio de expertos (62). El juicio de expertos es un método de validación útil que se define como “una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos calificados y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” (62).

En un estudio realizado por Torijano et. al. en España utilizaron un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria, esta encuesta fue realizada en los Consultorios Médicos sobre Cultura de Seguridad del Paciente (MOSPSC) fueron elaborados por la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Salud (AHRQ), Este estudio se realizó en 5 etapas: traducción de la versión original, evaluación de la equivalencia conceptual, valoración de la aceptabilidad y viabilidad, análisis de la validez del contenido y pilotaje del cuestionario adaptado y análisis de la respuesta y evaluación de las propiedades psicométricas donde participaron 185 profesionales de la salud, utilizaron el alfa Cronbach para obtener el análisis de estudio factorial, dando como resultado el 17,8% de los participantes contestaron todas las preguntas y el 28,7% dejaron sin responder o marcaron la opción «no lo sé/no procede» entre 1 y 4 preguntas, en la validez y confiabilidad del estudio se verificó que el alfa de Cronbach es de 0,96, lo que quiere decir que el cuestionario de la AHRQ convertido, adaptado, ampliado y validado es, para nuestro medio, un instrumento fiable y útil que debe emplearse para realizar comparaciones internacionales (63).

En otro estudio los investigadores obtuvieron la validez del contenido del cuestionario sobre los eventos adversos a través de los jueces de expertos, mediante el coeficiente V de Aiken obteniendo alta validez de contenido con 0.905.

En el estudio, los instrumentos empleados en la investigación fueron elaborados, modificado y validados por el investigador y los jueces de expertos, que son personas con gran

trayectoria en el tema y son reconocidos por otros ,como expertos calificados y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” para el desarrollo de la validez del instrumento, calculando las características de cada instrumento como el de la cultura de seguridad y el de prevención de eventos adversos , en cada pregunta se logró obtener su validación a través de los criterios de pertenencia, relevancia y claridad del estudio (63).

Los jueces de expertos fueron 5 profesionales con el grado académico de Magister con gran trayectoria en la docencia (Mg. Barrientos Romero, Sonia; Mg. Guevara Rojas, Jaime; Mg. Gamboa Urbina, Margarita, Mg. López Llerena, Franchesca, Mg. Peña Torres Jesús). El instrumento se tomó del cuestionario ,Original de Medical Office Survey on Patient Safety Culture (MOSPS) EE. UU con un total de 51 ítems y se utilizó la escala de Likert, con alternativas de respuesta; De acuerdo, Muy de acuerdo, Ni en acuerdo ni En desacuerdo, Ni en desacuerdo, Muy en des acuerdo, Casi siempre, siempre, Algunas veces, Rara vez, Nunca, para ambas variables, la recolección de datos se realizó en servicios del hospital Policial Geriátrico San José, y se entregó a cada personal de salud el consentimiento informado, para el llenado de la encuesta.

#### 3.7.4. Confiabilidad

“La confiabilidad nos indica el grado en el que la aplicación repetida del instrumento al mismo sujeto produzca los mismos resultados” (64). Los instrumentos que se utilizaron obtuvieron su confiabilidad con el alfa de Cronbach, este es un coeficiente sencillo y conocido que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida, de consistencia interna y es la primera aproximación a la validación (65).

En un estudio realizado por Mori se desarrolló la confiabilidad del instrumento a través de la aplicación de la prueba piloto a 15 profesionales de enfermería, donde la confiabilidad del instrumento de la cultura de seguridad del paciente fue el alfa de Cronbach con un 0.860, donde indica que el grado de confiabilidad del instrumento es fuertemente confiable; para el

instrumento de Prevención de Eventos Adversos utilizó el coeficiente de Kuder-Richardson siendo un 0.865, lo que indica que el grado de confiabilidad del instrumento es confiable (66). El coeficiente de Kuder -Richardson indica el cálculo de la consistencia interna de escalas dicotómicas (67).

Para determinar la confiabilidad del estudio se realizó una prueba piloto a 20 integrantes que trabajan en el Hospital Policial Geriátrico San José.

El instrumento que evaluó las variables cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos fueron sometidos a una prueba de confiabilidad y se obtuvo un alfa de Cronbach igual a 0.860 para cada uno, lo cual permite considerar que los instrumento son confiables y seguros.

Para la aplicación del instrumento se abordó al personal de salud de manera virtual, se le hizo llegar un consentimiento informado donde se les explicaron los objetivos del estudio, luego se les presentó los cuestionarios.

### 3.8. Procesamiento y análisis de datos

- Se procedió a aplicar un cuestionario virtual utilizando el formulario Google forms para el profesional de salud del hospital y luego se envió el enlace generado a todo el profesional de salud del Hospital Policial Geriátrico San José.
- Para la creación de la base de datos, las informaciones fueron vaciadas en el programa Excel para tablas y gráficos estadísticos.
- Los datos luego serán exportados al SPSS para el posterior análisis descriptivo e inferencial.
- Para el logro del objetivo específico último se usó una prueba no paramétrica como la correlación de Rho de Spearman.
- Para discutir los resultados se utilizaron los antecedentes y base teórica.

- Para el análisis de la relación entre la frecuencia de respuestas positivas, neutras o negativas, y los factores socio-laborales.

### 3.9. Aspectos éticos

Esta investigación se tomará como referencia los cuatro principios de la bioética que sirven como guía en la investigación en el área de la salud:

- **Autonomía:** A los sujetos de estudio se les solicitará un consentimiento informado para la colaboración de la investigación, se respetará la decisión de participar o no en la investigación, del mismo modo se respetará la privacidad por medio del anonimato de los participantes de la investigación.
- **Justicia:** Todo el personal de salud que fueron sujetos de estudio tuvo la posibilidad de participar, buscando la igualdad en todo el proceso de su participación dentro del estudio.
- **Beneficencia:** Los resultados de la investigación permitirán diseñar e implementar estrategias con el propósito de fomentar la cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos. Se Trata de la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus intereses y suprimiendo los prejuicios, implicando tratar lo mejor posible al paciente, restaurando su salud, perseverando su vida y aliviando su sufrimiento con o sin contar con él.
- **No maleficencia:** Se respetará la integridad física y psicológica de la vida humana y se conservará la confidencialidad de sus respuestas de los sujetos de estudio.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1 Resultados

#### 4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

##### 4.1.1.1. Sociodemográfico

**Tabla 5.** Aspectos sociodemográficos del profesional de la salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023

DATOS GENERALES	N.º	%
<b>Género</b>		
Femenino	52	65.0
Masculino	28	35.0
<b>Grupo etáreo</b>		
de 31 a 40 años	33	41.3
de 41 a 50 años	24	30.0
de 25 a 30 años	15	18.8
de 51 a 60 años	8	10.0
<b>Área de trabajo</b>		
Hospitalización	33	41.3
Emergencia	18	22.5
Consultorio	11	13.8
Medicina Física y Rehabilitación	8	10.0
Laboratorio	6	7.5
Farmacia	3	3.8
ADOGE	1	1.3
<b>Tiempo que labora en HPGSJ</b>		
1 a 5 años	33	41.3
Mas de 20 años	28	35.0
10 a 15 años	13	16.3
6 a 10 años	6	7.5
<b>Tiempo que labora en su servicio</b>		
1 a 5 años	33	41.3
Mas de 20 años	28	35.0
6 a 10 años	12	15.0
10 a 15 años	7	8.8
<b>Cargo que desempeña</b>		
Enfermera	28	35.0

Médico residente	19	23.8
Técnico en enfermería	9	11.3
Terapista	7	8.8
Jefe del Servicio	6	7.5
Medico	5	6.3
Laboratorista	3	3.8
Supervisor	2	2.5
Asistente social	1	1.3

<b>Principal área de trabajo</b>		
Hospitalización	28	35.0
Medicina	15	18.8
Otros	8	10.0
Diversas unidades	6	7.5
Emergencias	6	7.5
Rehabilitación	6	7.5
Farmacia	6	7.5
Laboratorio	5	6.3
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Encuesta aplicada a los profesionales de la salud del Hospital Policial Geriátrico "San José"

**Interpretación:** En la tabla 5, se puede evidenciar que predomina el género femenino con 65%, así como el grupo etáreo predominante esta entre los 31 a 40 años, el área de trabajo predominante es Hospitalización, el tiempo de servicio en la institución destaca de 1 a 5 años, el cargo que se desempeña en su mayoría fueron enfermeras, las cuales mayormente laboran en hospitalización.

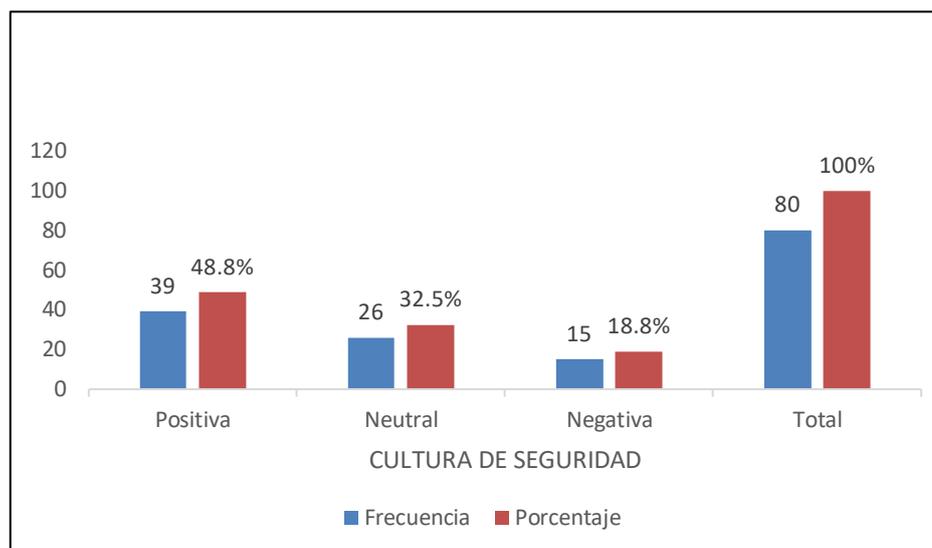
#### 4.1.1.2. Variables y Dimensiones

##### ✓ Análisis descriptivo de resultados

##### Escala valorativa de las variables

**Tabla 6.** Cultura de seguridad en el paciente adulto mayor en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023

CULTURA DE SEGURIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Positiva	39	48.8
Neutral	26	32.5
Negativa	15	18.8
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

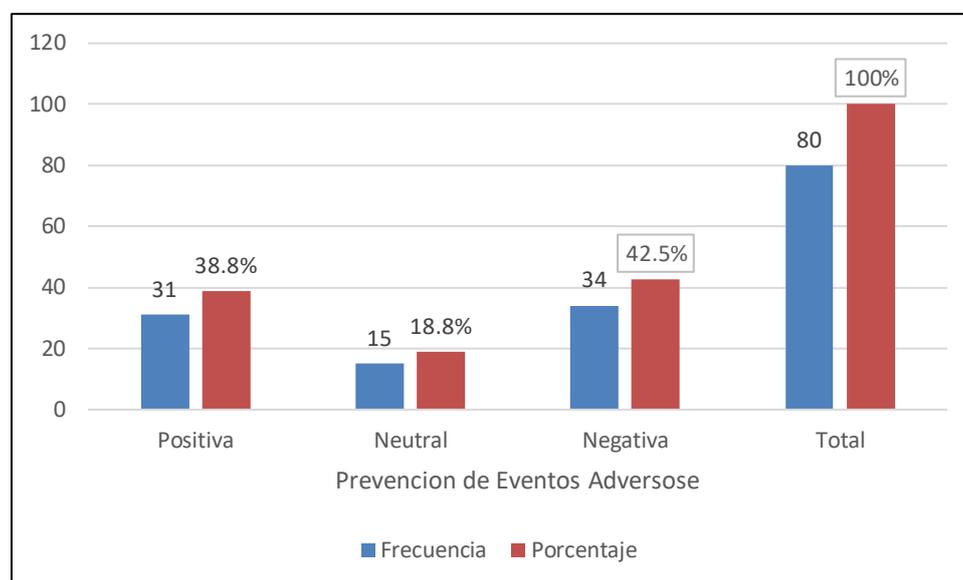


**Figura 1.** Cultura de seguridad en el paciente adulto mayor en el Hospital Policial Geriátrico San José, en Lima, 2023

**Interpretación:** En la tabla 6 y en la gráfica 1, se observa sobre la Cultura de Seguridad en el presente estudio, se puede evidenciar que predomina el valor positivo con un 48.8% seguido de un valor neutral es 32.5% y finalmente un valor negativo 18.8%.

**Tabla 7.** Prevención de eventos adversos del profesional de la Salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023

<b>PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Positiva	31	38.8
Neutral	15	18.8
Negativa	34	42.5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>



**Figura 2.** Prevención de eventos adversos del profesional de la Salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023

**Interpretación:** En la tabla 7 y en el gráfico 2, se observa sobre la Prevención de eventos adversos del Profesional de la salud en el presente estudio, donde se puede evidenciar que predomina el valor positivo con un 38.8% seguido de un valor neutral es 18.8 % finalmente un valor negativo 42.5%

**Tabla 8.** Relación entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos del profesional de la salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023

Cultura de Seguridad	Prevención de eventos adversos							
	Positiva		Neutral		Negativa		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<b>Positiva</b>	14	17.50	8	10.00	17	21.25	39	48.75
<b>Neutral</b>	10	12.50	5	6.25	11	13.75	26	32.50
<b>Negativa</b>	7	8.75	2	2.50	6	7.50	15	18.75
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>38.75</b>	<b>15</b>	<b>18.75</b>	<b>34</b>	<b>42.50</b>	<b>80</b>	<b>100.00</b>

$\chi^2 = 0.486$  gl 2  $p = 0.000$

**Interpretación:** En cuanto a la tabla 4, se observa que hay relación directa entre la cultura de seguridad y la prevención de eventos adversos siendo 48.75% respecto a una cultura positiva, seguido de un neutral con un 32.50% y un 18.75 % de negativo, lo que indica que teniendo una cultura de seguridad positiva se refleja en la prevención de eventos adversos del profesional de la Salud en el Hospital Policial Geriátrico San José.

## Análisis descriptivo de los resultados de la variable y sus dimensiones

### Dimensión 1: Eventos notificados

**Tabla 9.** Resultados de la dimensión de eventos notificados en la prevención de eventos adversos

	<b>Eventos notificados</b>	
Negativo	22	27.50%
Neutral	40	50.00%
Positiva	18	22.50%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100.00%</b>

En la tabla 9, se aprecia que, de 80 encuestados profesionales de la salud de posgrado en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023, 22 de ellos representaron el 27.5% con una cultura negativa; el 50% tienen una cultura neutral y el 22.5% tienen una cultura positiva.

**Tabla 10.** Relación entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y los eventos notificados en la prevención de eventos adversos

Cultura de seguridad	Eventos notificados							
	Positiva		Neutral		Negativa		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<b>Positiva</b>	17	21.25%	14	17.50%	8	10.00%	39	48.75%
<b>Neutral</b>	4	5.00%	18	22.50%	4	5.00%	26	32.50%
<b>Negativa</b>	1	1.25%	8	10.00%	6	7.50%	15	18.75%
<b>TOTAL</b>	22	27.50%	40	50.00%	18	22.50%	80	100.00%

La tabla 10 presenta la relación entre la cultura de seguridad y la frecuencia de eventos notificados en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima. Se observa que cuando la cultura de seguridad es percibida como positiva, la frecuencia de eventos notificados es relativamente alto medio, representando el 21.25% del total. Sin embargo, una cultura de seguridad neutral está asociada con la frecuencia más alta de eventos notificados, representando el 50% del total. La percepción de una cultura de seguridad negativa también muestra una frecuencia relativamente baja de eventos notificados, representando el 22.5% del total. En conclusión, la percepción de la cultura de seguridad influye en la frecuencia de eventos notificados en el hospital, con una cultura neutral siendo la más asociada con una mayor frecuencia de eventos notificados.

## Dimensión 2: Percepción de seguridad

**Tabla 11.** Resultados de percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos

<b>Dimensión de Percepción de seguridad</b>		
Negativo	0	0.00%
Neutral	32	40.00%
Positiva	48	60.00%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100.00%</b>

En la tabla 11 se muestra la percepción de seguridad en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, donde se observa que la mayoría de las personas tienen una percepción positiva (60%) seguida de una percepción neutral (40%). No se registraron percepciones negativas durante el período analizado. Esto sugiere una tendencia general hacia una percepción favorable de la seguridad en el hospital.

**Tabla 12.** Relación entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos

Cultura de seguridad	Dimensión de Percepción de seguridad							
	Positiva		Neutral		Negativa		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<b>Positiva</b>	18	22.50%	21	26.25%	0	0.00%	39	48.75%
<b>Neutral</b>	23	28.75%	3	3.75%	0	0.00%	26	32.50%
<b>Negativa</b>	7	8.75%	8	10.00%	0	0.00%	15	18.75%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>60.00%</b>	<b>32</b>	<b>40.00%</b>	<b>0</b>	<b>0.00%</b>	<b>80</b>	<b>100.00%</b>

La tabla 12 se muestra la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión de percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima. Donde se observa que la mayoría de las percepciones de seguridad se encuentran en la categoría "Neutral", con 23 casos, lo que representa el 28.75% del total. Le sigue la categoría "Positiva", con 18 casos, que equivale al 22.50% del total, y la categoría "Negativa", también con 7 casos, representando el 8.75% del total. Esto sugiere que la mayoría de las percepciones de seguridad son neutrales, seguidas por una proporción relativamente menor de percepciones positivas y negativas. puede indicar una oportunidad para identificar aspectos específicos de la cultura de seguridad que podrían mejorar la percepción de seguridad en el hospital.

### Dimensión 3: Feed-back y comunicación sobre errores

**Tabla 13.** Resultados de errores de Feedback y comunicación sobre errores en la prevención de eventos adversos

<b>Dimensión de Feed-back y comunicación sobre errores</b>		
Negativo	3	3.75%
Neutral	47	58.75%
Positiva	30	37.50%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100.00%</b>

En la tabla 13 se muestra y se refleja la percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima. Se observa que la mayoría de las personas tienen una percepción positiva, representando el 37.5% de las respuestas, seguida de una percepción neutral que abarca el 58.75%. Por otro lado, se registró un porcentaje bajo de percepciones negativas, solo el 3,75% del total. Estos resultados sugieren una tendencia general hacia una percepción favorable de la seguridad en el hospital, dado que la mayoría de las respuestas están distribuidas en las categorías de percepción neutral y positiva.

**Tabla 14.** Relación entre la cultura de seguridad y de Feedback y comunicación sobre errores en la prevención de eventos adversos

Cultura de seguridad	Feed-back y comunicación sobre errores							
	Positiva		Neutral		Negativa		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
<b>Positiva</b>	22	27.50%	16	20.00%	1	1.25%	39	48.75%
<b>Neutral</b>	0	0.00%	24	30.00%	2	2.50%	26	32.50%
<b>Negativa</b>	8	10.00%	7	8.75%	0	0.00%	15	18.75%
<b>TOTAL</b>	30	37.50%	47	58.75%	3	3.75%	80	100.00%

La tabla 14, muestra los resultados de, Feed-back y comunicación sobre errores en la prevención de eventos adversos en relación con la cultura de seguridad en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, observándose que el 48.75% de los encuestados perciben una cultura de seguridad positiva, mientras que el 32.50% la perciben como neutral y solo el 18.75% como negativa. Al desglosar estos resultados en función de Feed-back y comunicación sobre errores, se destaca que el mayor porcentaje de respuestas se encuentra en la categoría "Positiva" y "Neutral" para la cultura de seguridad y él, Feed-back de la comunicación sobre errores respectivamente.

#### **Dimensión 4: Respuesta no punitiva a los errores**

**Tabla 15.** Resultados de la respuesta no punitiva a los errores en la prevención de eventos adversos

<b>Dimensión de Respuesta no punitiva a los errores</b>		
Negativo	0	0.00%
Neutral	32	40.00%
Positiva	48	60.00%
<b>TOTAL</b>	<b>80</b>	<b>100.00%</b>

En la tabla 15 se muestra una visión de la percepción de la dimensión de Respuesta no punitiva a los errores en la prevención de eventos adversos en el contexto del Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, observándose que ninguna de las respuestas fue catalogada como "Negativa", lo que indica una ausencia total de percepciones negativas en esta dimensión. Por otro lado, el 40% de las respuestas fueron clasificadas como "Neutrales", mientras que una mayoría del 60% fueron consideradas "Positivas". Esto sugiere que la gran mayoría de los encuestados perciben una respuesta no punitiva a los errores en el hospital, lo que indica una cultura organizacional que fomenta una actitud constructiva y de aprendizaje frente a los errores, en lugar de adoptar una postura punitiva.

**Tabla 16.** Relación entre la cultura de seguridad y la respuesta no punitiva a los errores en la prevención de eventos adversos

Cultura de seguridad	Dimensión Respuesta no punitiva a los errores							
	Positiva		Neutral		Negativa		Tota	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Positiva</b>	32	40.00%	7	8.75%	0	0.00%	39	48.75%
<b>Neutral</b>	11	13.75%	15	18.75%	0	0.00%	26	32.50%
<b>Negativa</b>	5	6.25%	10	12.50%	0	0.00%	15	18.75%
<b>TOTAL</b>	48	60.00%	32	40.00%	0	0.00%	80	100.00%

En la tabla 16 se evidencia que en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, la mayoría de los encuestados perciben una relación entre la "Respuesta no punitiva a los errores" en la prevención de eventos adversos y la "Cultura de seguridad". Los datos cuantitativos revelan que el 40% de los casos fueron categorizados como "Positiva" en la dimensión "Respuesta no punitiva a los errores", mientras que el 48.75% de los casos se clasificaron como "Positiva" en la dimensión "Cultura de seguridad". Además, el 13.75% de los casos fueron clasificados como "Neutral" en "Respuesta no punitiva a los errores", comparado con el 32.5% categorizado como "Neutral" en "Cultura de seguridad". Estos hallazgos sugieren una coincidencia parcial entre las categorías "Positiva" y "Neutral" en ambas dimensiones, lo que indica una relación positiva, aunque no muy fuerte, entre ellas. Sin embargo, la relación entre las categorías "Neutral" y "Negativa" no es tan evidente. En resumen, los datos cuantitativos respaldan la presencia de una relación positiva entre la "Respuesta no punitiva a los errores" y la "Cultura de seguridad", aunque su fuerza puede variar entre las diferentes categorías.



## Prueba estadística

**Tabla 17.** Prueba estadística entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos

<b>Correlaciones</b>				
			Prevención de eventos adversos	
Rho de Spearman	Cultura de seguridad	Coefficiente de correlación	1,000	,008**
		Sig. (bilateral)	.	,486
		N	80	80

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

Se obtuvo un rho de Spearman de 0,008 con un valor p de 0,486 ( $p > 0,05$ ); por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Por ende, no existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos.

### Hipótesis específica 1

H<sub>1</sub>: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de frecuencia de eventos notificados en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023

H<sub>0</sub>: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de frecuencia de eventos notificados en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:  $p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H<sub>0</sub>

$p < \alpha \rightarrow$  se rechaza la hipótesis nula H<sub>0</sub>

### Prueba estadística

**Tabla 18.** Prueba estadística entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión frecuencia de eventos notificados en la prevención de eventos adversos

			Cultura de seguridad	Eventos notificados
Rho de Spearman	Cultura de seguridad	Coefficiente de correlación	1,000	,426**
		Sig. (bilateral)	.	,001
	N		80	80
	Eventos notificados	Coefficiente de correlación	,426**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N		80

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 18, se evidencia que el valor  $p$  calculado es de 0,001, el cual es menor que el nivel de significancia establecido de 0,05. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Esto indica que existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de frecuencia de eventos notificados en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, en el año 2023. Además, al analizar el coeficiente Rho de Spearman igual a 0,426, se encuentra que el grado de relación entre la cultura de seguridad y la dimensión de frecuencia de eventos notificados es moderada y positiva entre ambas variables.

## Hipótesis específica 2

H<sub>12</sub>: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023

H<sub>02</sub>: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima 2023

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:  $p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H<sub>0</sub>

$p < \alpha \rightarrow$  se rechaza la hipótesis nula H<sub>0</sub>

## Prueba estadística

**Tabla 19.** Prueba estadística entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos

		Cultura de seguridad	Percepción de seguridad
Rho de Spearman	Cultura de seguridad	Coeficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,325**
		N	80
	Percepción de seguridad	Coeficiente de correlación	,325**
		Sig. (bilateral)	,041
		N	80

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 19, los resultados indican que el valor p calculado es 0,041, el cual es inferior al nivel de significancia establecido de 0,05. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Esto implica que hay relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión percepción de seguridad en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima en el año 2023.

Además, al examinar el valor del coeficiente Rho de Spearman igual a 0,325, se determina que el grado de relación entre la cultura de seguridad y la dimensión de percepción de seguridad es baja y positiva.

### Hipótesis específica 3

H1<sub>3</sub>: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de Feed-back y comunicación sobre errores en la Prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023

H0<sub>3</sub>: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de Feed-back y comunicación sobre errores en la Prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima 2023.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:  $p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H0

$p < \alpha \rightarrow$  se rechaza la hipótesis nula H0

### Prueba estadística

**Tabla 20.** Prueba estadística entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de feedback y comunicación en la prevención de eventos adversos

			Cultura de seguridad	Feedback y comunicación
Rho de Spearman	Cultura de seguridad	Coeficiente de correlación	1,000	,296**
		Sig. (bilateral)	.	,039
		N	80	80
Feedback Y comunicación	Feedback Y comunicación	Coeficiente de correlación	,296**	1,000
		Sig. (bilateral)	,039	.
		N	80	80

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 20, se obtiene un valor p de 0.039, lo que indica que el valor p es menor que 0.05. Por lo tanto, rechazamos la hipótesis nula y aceptamos la hipótesis alterna. En consecuencia, existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión feedback y comunicación sobre errores en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima en el año 2023. Asimismo, es importante señalar que el coeficiente de correlación de 0.296 sugiere una correlación baja y positiva.

### Hipótesis específica 4

H1<sub>4</sub>: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de respuesta no punitiva a los errores en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023

H0<sub>4</sub>: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de respuesta no punitiva a los errores en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima 2023.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:  $p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H0

$p < \alpha \rightarrow$  se rechaza la hipótesis nula H0

### Prueba estadística

**Tabla 21.** Prueba estadística entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de respuesta no punitiva a errores en la prevención de eventos adversos

		Cultura de seguridad	Respuesta no punitiva a los errores
Rho de Spearman	Cultura de seguridad	Coefficiente de correlación	1,000
		Sig. (bilateral)	,863**
		N	80
	Respuesta no punitiva a los errores	Coefficiente de correlación	,863**
		Sig. (bilateral)	1,000
		N	,019
		80	80

\*\* . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la Tabla 21, el valor p calculado es de 0,019, siendo menor que el nivel de significancia establecido de 0,05. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa; por

ende, existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de respuesta no punitiva a los errores en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima en el año 2023. Además, al considerar el coeficiente Rho de Spearman de 0.863 se evidencia una relación muy buena y positiva.

#### 4.1.3 Discusión de resultados

En relación con los datos sociodemográficos, se destaca una predominancia del género femenino, abarcando el 65% de la muestra. Asimismo, se observa que el grupo etario mayoritario se sitúa entre los 31 y 40 años. En términos de área laboral, la mayoría de los participantes ejercen en el ámbito de emergencias. En cuanto a la antigüedad en la institución, la mayoría cuenta con una experiencia de 1 a 5 años, y el rol más recurrente es el de enfermería, especialmente en el área de hospitalización.

En lo que respecta a la Cultura de Seguridad en el estudio presente, se evidencia un predominio del valor positivo, con un 48.8%, seguido por un valor neutral que representa el 32.5%, y finalmente un valor negativo que abarca el 18.8%. Por otro lado, en relación con la Prevención de Eventos Adversos del Profesional de la Salud, se destaca que el valor positivo es predominante con un 38.8%, seguido de un valor neutral con un 18.8%, mientras que un 42.5% refleja un valor negativo.

Respecto al objetivo 1, que busca determinar la relación entre las variables principales, se ha establecido una correlación significativa entre la cultura de seguridad y la prevención de eventos adversos, se encontró un valor de  $p$  (Sig.= 0,486), quien es mayor a 0,05; por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se afirma que NO existe correlación entre la cultura de seguridad y prevención de eventos adversos, donde se observa una relación de Rho (0,008<sup>\*\*</sup>).

A pesar de los resultados, debemos considerar que la consistencia de estos resultados con la literatura existente enfatiza la importancia de una cultura de seguridad robusta en la mejora de la calidad asistencial y la reducción de eventos adversos, como se ha encontrado en estudios previos. Según Abusalem et al. (11) y Hessels et al. (15) existe la relevancia de promover una cultura de seguridad en entornos de atención médica para mejorar la calidad de la atención y reducir riesgos para los pacientes.

Es importante resaltar la trascendencia de la relación entre la cultura de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos en entornos hospitalarios. Estos hallazgos respaldan la necesidad de promover y fortalecer una cultura de seguridad positiva en los hospitales, dado su vínculo directo con una mayor capacidad para prevenir eventos adversos y garantizar la seguridad del paciente. Esta relación enfatiza la importancia de implementar medidas y políticas que fomenten una cultura organizacional orientada hacia la seguridad del paciente, con un impacto significativo en la calidad de la atención médica y la satisfacción del paciente. Además, resalta la importancia de la formación y la sensibilización del personal de salud sobre la relevancia de una cultura de seguridad sólida, así como de la colaboración entre diferentes profesionales y departamentos para garantizar un entorno seguro y libre de eventos adversos.

En cuanto a las hipótesis específicas planteadas, la primera, que investiga la relación entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la frecuencia de eventos notificados, reveló una evaluación significativa y positiva ( $Rho = 0,426$ ,  $p = 0,001$ ), indicando que una cultura de seguridad positiva está asociada con una mayor frecuencia de eventos adversos notificados. Este resultado subraya la importancia de promover una cultura de seguridad en los entornos hospitalarios para fomentar la notificación de eventos adversos y, finalmente, mejorar la seguridad del paciente. Por ejemplo, en un estudio previo realizado por Moosavi et al. (14) en Irán, se encontró una relación similar entre la cultura de seguridad del paciente y la frecuencia de eventos adversos, lo que respalda y refuerza los hallazgos de este estudio. También, es fundamental reconocer la importancia de una cultura de seguridad sólida en la notificación de eventos adversos en entornos hospitalarios ya que estos hallazgos sugieren que una cultura organizacional que promueve la transparencia y la comunicación abierta sobre errores puede tener un impacto significativo en la frecuencia de eventos adversos notificados. Esto resalta la importancia de implementar estrategias y políticas que fomenten una cultura de seguridad

positiva, así como de proporcionar formación y apoyo al personal de salud para que se sientan cómodos y capacitados para notificar eventos adversos. Además, estos resultados destacan la necesidad de promover una cultura de aprendizaje continuo y mejora en los hospitales, donde los errores se ven como oportunidades para identificar áreas de mejora y prevenir eventos adversos en el futuro.

En cuanto a la segunda hipótesis, que examina la relación entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la percepción de seguridad, se encontró una valoración significativa y baja ( $Rho = 0,325$ ,  $p = 0,041$ ), destacando la influencia positiva que tiene una cultura de seguridad favorable en la percepción de seguridad entre el personal de salud. Aunque la magnitud de la evaluación es relativamente baja, sugiere que mejorar la cultura de seguridad puede contribuir a aumentar la percepción de seguridad en el entorno hospitalario. Este hallazgo es consistente con la investigación realizada por Kim et al. (12) en Corea, que encontró que una cultura de seguridad positiva se correlacionaba positivamente con la percepción de seguridad del personal de salud en entornos hospitalarios. También, es importante destacar la influencia que una cultura de seguridad positiva puede tener en la percepción de seguridad del personal de salud en entornos hospitalarios. Estos hallazgos sugieren que una cultura organizacional que promueve la seguridad y el bienestar de los empleados puede tener un impacto significativo en su percepción de seguridad y, en última instancia, en su satisfacción laboral y desempeño. Esto resalta la importancia de fomentar una cultura de seguridad positiva en los hospitales, donde se reconozca y se valore el trabajo del personal de salud y se promueva un entorno de trabajo seguro y colaborativo.

Respecto a la tercera hipótesis, que explora la relación entre la cultura de seguridad del adulto mayor y Feed-back con la comunicación sobre errores, se encontró una evaluación significativa y alta ( $Rho = 0,296$ ,  $p < 0,039$ ), indicando que una cultura de La seguridad positiva está asociada con una comunicación más abierta y efectiva sobre errores. Este hallazgo resalta

la importancia de promover una cultura de seguridad que fomente la transparencia y el intercambio de información para identificar y abordar los errores de manera proactiva. Investigaciones anteriores, como la llevada a cabo por Riera et al. (13) en México, También han encontrado que una cultura de seguridad sólida está relacionada con una mayor comunicación y retroalimentación sobre errores en entornos hospitalarios. Luego de realizar comentarios respecto a este resultado, es fundamental reconocer la importancia de una comunicación abierta y efectiva sobre errores en entornos hospitalarios. Estos hallazgos sugieren que una cultura organizacional que promueve la transparencia y el intercambio de información puede tener un impacto significativo en la identificación y resolución de errores, lo que a su vez puede contribuir a la prevención de eventos adversos y la mejora de la seguridad del paciente. Esto resalta la importancia de promover una cultura de seguridad positiva en los hospitales, donde se fomenta la confianza y se reconoce el valor de la comunicación abierta y la retroalimentación constructiva.

En relación con la cuarta hipótesis, que investiga la relación entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la respuesta no punitiva a los errores, se encontró una clasificación significativa y muy buena ( $Rho = 0,863$ ,  $p = 0,019$ ), indicando que una cultura de seguridad positiva está fuertemente asociada con una actitud constructiva y de aprendizaje frente a los errores. Este resultado subraya la importancia de crear un entorno organizacional que promueva la confianza y el aprendizaje continuo, en lugar de adoptar una postura punitiva que pueda inhibir la notificación y resolución de errores. Estos hallazgos están en línea con la investigación realizada por Hessels et al. (15) en Nueva York, donde se encontró que una cultura de seguridad sólida estaba vinculada a una respuesta más constructiva y no punitiva a los errores por parte del personal de salud. También, es esencial reconocer la importancia de una respuesta no punitiva a los errores en entornos hospitalarios. Estos hallazgos sugieren que una cultura organizacional que promueve el aprendizaje y la mejora continua puede tener un

impacto significativo en la capacidad del personal de salud para notificar y abordar errores de manera efectiva. Esto resalta la importancia de promover una cultura de seguridad positiva en los hospitales, donde se fomenta una actitud de aprendizaje y colaboración frente a los errores, en lugar de castigar o culpar a los individuos involucrados. Esto resalta la importancia de promover una cultura de seguridad positiva en los hospitales, donde se fomenta la confianza y se reconoce el valor de la comunicación abierta y la retroalimentación constructiva.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1 Conclusiones

- Respecto al objetivo general, los resultados obtenidos confirman que no existe relación significativa entre las variables principales de estudio ya que el valor de  $p$  fue 0,486. A pesar de no existir relación, que pudiera deberse a diversos factores como el tamaño de la muestra estudiada, se debe resaltar la importancia de promover una cultura de seguridad sólida en entornos hospitalarios para mejorar la calidad y seguridad de la atención dirigida a los pacientes geriátricos.
- Respecto al objetivo específico 1, los resultados obtenidos confirman la existencia de relación estadísticamente significativa, positiva y moderada entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión frecuencia de eventos notificados en la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en el año 2023, ya que el valor  $p$  calculado fue de 0,001 y el coeficiente Rho de Spearman de 0,426. Este hallazgo resalta la importancia y refuerza la idea de que una buena cultura de seguridad contribuye a una mejor notificación de eventos adversos.
- Respecto al objetivo específico 2, los resultados obtenidos confirman la existencia de una relación estadísticamente significativa, positiva y baja entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la percepción de seguridad en la prevención de eventos adversos por parte del profesional de salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima durante el año 2023, ya que el valor de  $p$  calculado fue de 0,041 y el coeficiente Rho de Spearman de 0,325. Este hallazgo subraya la importancia de fortalecer y/o promover una cultura de seguridad sólida en los entornos hospitalarios para mejorar la percepción de seguridad que redunde en la calidad de atención dirigida a los pacientes geriátricos.

- Respecto al objetivo específico 3, los resultados obtenidos confirman que existe una relación significativa, positiva y baja entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión feed-back y comunicación sobre errores en la prevención de eventos adversos, ya que el p valor fue de 0.039 y el coeficiente Rho de Spearman de 0,296. En este sentido, debemos considerar que fomentar la cultura de seguridad redundaría en una mayor retroalimentación e información inmediata cuando ocurra un evento adverso.
- Respecto al objetivo específico 4, los resultados obtenidos confirman que existe una relación significativa positiva y muy buena entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la respuesta no punitiva a los errores en la prevención de eventos adversos, ya que el p valor fue de 0,019 y el coeficiente Rho de Spearman de 0.863. Estos hallazgos sugieren la necesidad de adoptar una postura constructiva y de aprendizaje en cultura de seguridad frente a los errores, en lugar de una actitud punitiva que pueda inhibir la notificación y resolución de eventos adversos.

## **5.2 Recomendaciones**

Sobre las conclusiones anteriormente expuestas, se formulan recomendaciones específicas para fortalecer aún más la cultura de seguridad y la prevención de eventos adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José:

- Se recomienda implementar programas de formación y sensibilización dirigidos al personal de salud sobre los pacientes geriátricos para promover una cultura de seguridad robusta. Estos programas pueden incluir sesiones de capacitación, talleres interactivos y campañas de concientización sobre la importancia de la seguridad del paciente en el contexto geriátrico. Además, se recomienda realizar evaluaciones periódicas de la cultura de seguridad del paciente y la incidencia de eventos adversos para monitorear el progreso y realizar ajustes según sea necesario.

- Mejora para los eventos notificados en la prevención de eventos adversos: Se recomienda establecer un sistema de gestión de incidentes y errores que facilite la comunicación efectiva entre los diferentes departamentos y equipos de atención médica en el hospital. Esto puede incluir la implementación de reuniones periódicas de revisión de incidentes, la designación de líderes de seguridad del paciente y la creación de equipos multidisciplinarios para abordar y resolver problemas de seguridad de manera colaborativa.
- Para fortalecer la percepción de seguridad, se deben implementar sistemas de retroalimentación efectiva que fomenten una comunicación abierta sobre errores e incidentes, junto con canales accesibles y confidenciales para la notificación de eventos adversos. por parte del personal de salud sobre la atención del paciente adulto mayor.
- Mejora de Canales de Comunicación y Feed-back en la prevención de eventos adversos: se recomienda mejorar los canales de comunicación y los procesos de Feed-back en el hospital. Esto podría incluir la implementación de sistemas de notificación electrónica y la promoción de una cultura de comunicación abierta y transparente en el hospital.
- Frente a las respuestas no punitiva a errores en la prevención de eventos adversos: se recomienda enfocarse en el refuerzo de la cultura organizacional que fomente el aprendizaje a partir de eventos adversos. Esto implica la revisión de políticas internas y la implementación de medidas que eliminen el temor a represalias, así como el establecimiento de procesos de revisión de incidentes que se enfocan en la identificación de causas subyacentes y en la implementación de medidas correctivas para prevenir recurrencias.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. La Organización Mundial de la Salud hace un llamamiento urgente para reducir los daños causados al paciente en la atención de salud. [internet] 2019 [consultado 19 jun. 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/13-09-2019-who-calls-for-urgent-action-to-reduce-patient-harm-in-healthcare>.
2. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. [internet] 2019 [consultado 20 jun. 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1).
3. Fernández S. Los Eventos Adversos y la Seguridad del Paciente México: Boletín CONAMED-OPS [internet], [consultado el 19 jun. 2023]. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos\\_adversos.pdf](http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/pdf/boletin3/eventos_adversos.pdf).
4. Organización Mundial de la Salud. Seguridad del paciente. (Datos y Cifras) [internet] set.2019 [consultado 20 jun. 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
5. Almaraz M. Aspectos Generales de la Seguridad en el Paciente. [internet], [consultado 20 jun. 2023]. Disponible en: [http://www.comego.org.mx/formatos/Revisio%CC%81n%20Aspectos%20Generales%20de%20Seguridad%20en%20el%20Paciente \[1\].pdf](http://www.comego.org.mx/formatos/Revisio%CC%81n%20Aspectos%20Generales%20de%20Seguridad%20en%20el%20Paciente%20[1].pdf).
6. Organización Mundial de la Salud - secretaria de salud. Seguridad del paciente. [internet] 13 de septiembre de 2022 gobierno México. [consultado 20jun.2023]. disponible en: [http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/seguridad\\_paciente.html#:~:text=La%20seguridad%20del%20paciente%20se,se%20prestaba%20la%20atenci%C3%B3n%20ponderadas](http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/seguridad_paciente.html#:~:text=La%20seguridad%20del%20paciente%20se,se%20prestaba%20la%20atenci%C3%B3n%20ponderadas).
7. Ramírez E. Plan anual de seguridad del paciente 202.Red de salud canas - Cuzco [internet] consultado 02 julio 2023. Disponible en: <https://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/calidad/2022/plan%20seguridad%20del%20paciente%202022.pdf>.
8. Cueva V. Informe anual de Eventos Adversos 2021.pdf-(consultado.02 julio 2023.) Lima. Disponible en: <http://www.hhv.gob.pe/wp->

content/uploads/ogc/2021/informes/Informe\_Anual\_de\_Eventos\_Adversos\_2021.pdf

9. Urbano C. Resolución Directoral del Hospital de Villa El Salvador. 21/03/2023(consultado julio 2023) Lima. Disponible en:  
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4309953/RD-41-2023-DE-HEVES.pdf.pdf>.
10. Tello M. Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*. versión On-line ISSN 1695-6141.vol.22no.70(abr.2023). Disponible.  
<https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.531691>
11. Abusalem S, Polivka B, Coty MB, Crawford TN, Furman CD, Alaradi M. The Relationship Between Culture of Safety and Rate of Adverse Events in Long-Term Care Facilities. *J Patient Saf*. 2021 Jun 1;17(4):299-304. EE. UU. Disponible en: doi: 10.1097/PTS.0000000000000587. PMID: 30889049.
12. Kim, K., Lee, J., Kim, k Min, D. Herramientas de medición de la seguridad del paciente utilizadas en residencias de ancianos: una revisión sistemática de la literatura. *BMC Health Serv Res* 22, 1376. Corea (2022). (consultado.06 julio 2022). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08814>
13. Riera N, Gutiérrez- A, Reyes H, Pavón P, Gogeoascoechea M, Muños-J, Eventos adversos y acciones esenciales para la seguridad del paciente, *Journal of Healthcare Quality Research*, Volumen 37, (4)2022, 239-246, ISSN 2603-6479 México; [consultado 06/07/2023], Disponible en: IDMEDES: 171598.DOI: 10.1016/j.jhqr.2021.12.003.<https://medes.com/publication/171598>
14. Moosavi S, Amerzadeh M, Azmal M, Kalhor R. La relación entre la cultura de seguridad del paciente y los eventos adversos en los hospitales iraníes: una encuesta entre 360 enfermeras. *Paciente Saf Surg*. 26 de julio de 2023; 17 (1): 20. Disponible en: Doi: 10.1186/s13037-023-00369-6. PMID: 37496060; PMCID: PMC10373364. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37496060/>
15. Hessels A, Paliwal M, Weaver S, Siddiqui D, Wurmser T. Impacto de la cultura de seguridad del paciente en la atención de enfermería perdida y los eventos adversos del paciente. *J Cuidado de Enfermería Qual*. 2019 octubre/diciembre;34(4):287-294. doi: 10.1097/NCQ.0000000000000378. Disponible en: PMID: 30550496; PMCID: PMC6561834. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30550496/>

16. Borneo E. Seguridad del paciente y cultura de seguridad en gestores de instituciones sanitarias. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*. 2, 4 (nov. 2020), e225. Disponible en; DOI: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2020.2.4.225>
17. Cervantes S. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos del personal de enfermería en emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales Comas”2021.4/11/2021. Universidad María Auxiliadora. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12970/833>  
<https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/833>
18. Suarez N. Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería de un hospital nacional, Lima 2022.Red. de Repositorio latinoamericanos. Registro en:  
<https://hdl.handle.net/20.500.12692/106475>.  
<https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/6346576>
19. Lázaro J. Seguridad de paciente y la prevención de eventos adversos por el personal de enfermería en el servicio de ambulancia SANNA, 2020. [tesis de maestría]. Lima, Perú: Universidad César Vallejo; 2021. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV\\_e54cfba5aa01a5efb26fb6ace909270e/Details](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCVV_e54cfba5aa01a5efb26fb6ace909270e/Details) o Oai: [repositorio.ucv.edu.pe:20.500.12692/57999](https://repositorio.ucv.edu.pe:20.500.12692/57999) .
20. Ayerbe K. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el personal de enfermería en el Centro Quirúrgico de un Hospital del Callao-2021. Repositorio Institucional - UCV [Internet]. 2021 [citado 17 de abril de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/76866>
21. Programa de capacitación. ECLAAS. Seguridad del paciente y cultura de seguridad. Patient safety and safety culture. DIC.2019 (consultado.06 julio 2023.) Disponible en: Disponible en: <https://blog.eclass.com/cultura-de-seguridad-conoce-en-que-consiste>
22. Cobos D. La cultura de seguridad biológica como herramienta básica para el diseño de los documentos de bioseguridad *Revista cubana*. Editorial Ciencias Médicas (Ecimed) ISSN 1561-3003. Cuba. (consultado.06 julio 2023.) Disponible en: <https://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/54>
23. Rodríguez I. Seguridad del Paciente OMS-Israel- 2020. (consultado.07 julio 2023). Disponible en: <https://es.scribd.com/document/451212127/Seguridad-del-Paciente-OMS>

24. Prevención salud laboral. Imhotep. La Importancia de la Cultura de la seguridad. (consultado.07 julio 2023). Disponible en:  
<https://www.smprevenio.com/la-importancia-la-cultura-la-seguridad/>
25. Gestiona prevención. Los 3 pilares de la cultura de la seguridad 2022. (consultado.08 julio 2023) Disponible en:  
<https://www.gestionapreencion.com/3-pilares-de-la-cultura-de-seguridad/>
26. Rocco C, Garrido A Revista Médica Clínica Las Condes. Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. (consultado.09 julio 2023). Disponible en:  
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-seguridad-del-paciente-y-cultura-S0716864017301268>.  
DOI: 10.1016/j.rmcl.2017.08.006. Open Access
27. Naranjo C, Álvarez R, Mirabal R, Álvarez B. Florence Nightingale, la primera enfermera investigadora. España. Revista Archivo Médico de Camagüey. Versión Online SSN1025-0255. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552020000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552020000300014)
28. Marial M. Madeleine Leininger artículo monográfico. Revista Sanitaria de Investigación. SSN-e 2660-7085, Vol. 2, Nº. 4, 2021. Idioma: español. DIALNET. consultado. (10 jul.2023). Disponible en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8055604>
29. Seguridad biológica. El Modelo del Queso Suizo de da Prevención. Seguridad Biológica/ 2021. SHERLOCK BUSCÓN (consultado.12 julio 2023). Disponible en:  
<https://seguridadbiologica.blogspot.com/p/buscar.html>.
30. Saturno J. Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud español. Agencia de Calidad del SNS Ministerio de Sanidad y Política Social. (consultado.12 julio 2023). Disponible en:  
[https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis\\_cultura\\_SP\\_ambito\\_hospitalario.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Analisis_cultura_SP_ambito_hospitalario.pdf)  
.
31. Vítolo F. Seguridad del paciente: lo que la alta dirección debe saber (y hacer). NOBLE Cía. de Seguros. 2021. (consultado.13 julio 2023). Disponible en:  
<http://asegurados.descargas.nobleseguros.com/download/posts/March2021/QtyL5YYdBM0XtJNRF3AW4.pdf>

32. Mella Laborde M.; Gea Velázquez T, Aranaz Andrés J, Ramos Forner G, Compañ Rosique A. Análisis de la cultura de seguridad del paciente en un hospital universitario., marzo 21• <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.004>
33. Moguel Liévano M. Aprendizaje en la organización: las formas de generación del conocimiento en el contexto organizacional. Promep-unach.  
<https://www.eumed.net/libros-gratis/2012a/1155/indice.htm>
34. Quironprevencion. ¿Qué es la Seguridad y Salud aboral ¿Qué es la seguridad en el trabajo? Disponible en:  
. <https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/seguridad-trabajo>
35. Rangel Álvarez B. Trabajo en equipo en el sector salud. El trabajo en equipo como fundamento en la seguridad del paciente. Bogotá- Colombia.  
<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/21513/RangelAlvarezBenildaPatricia2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
36. Rodríguez Weber F, Secin Diep R, Ramirez Arias J, El trabajo en equipo como parte de un sistema de salud. Acta méd. Grupo Ángeles vol.19 no.4 México oct./dic. 2021 Epub 01-Ago2022.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-7203202100040077#:~:text=El%20trabajo%20en%20equipo%20dentro,rotaci%C3%B3n%20de%20personal%20y%20el.https://doi.org/10.35366/102530](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-7203202100040077#:~:text=El%20trabajo%20en%20equipo%20dentro,rotaci%C3%B3n%20de%20personal%20y%20el.https://doi.org/10.35366/102530)
37. Cuñat Y, Massó E, Sánchez G. La comunicación en la seguridad del paciente. Revista Cubana de Enfermería. 2011; 27(4)255-256. Disponible en:  
<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n4/enf02411.pdf>
38. González C. La comunicación en salud como premisa fundamental para la percepción de riesgo en las poblaciones. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología [Internet]. 2015 disponible en: <https://revepidemiologia.sld.cu/index.php/hie/article/view/40>
39. Bartolomé A, Gómez J, García del Valle Sa, González A, Santa J, Hidalgo I. Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. Revista de Calidad Asistencial. Vol. 20. Núm. 4. páginas 228-234 (junio 2005) ELSEVIER DOI: 10.1016/S1134-282X(08)74756-0. Disponible en: Acceso a texto completo: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-seguridad-del-paciente-sistemas-incidentes-13075835>
40. Kim Scott. Transformando el liderazgo: el llamado a la franqueza radica.2024  
<https://resumenonline.com/franqueza-radical/>

41. Barría s, Contardo N, Caravantes R, Monasterio Manual de análisis de dotaciones en establecimientos de salud. (OPS)  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=10072-manual-analisis-dotacion-personal-establecimientos-salud-072&category\\_slug=provision-servicios-salud-3056&Itemid=270&lang=en](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=10072-manual-analisis-dotacion-personal-establecimientos-salud-072&category_slug=provision-servicios-salud-3056&Itemid=270&lang=en)
42. Guevara Lozano et.al. Enfermería Global. El cambio de turno: Un eje central del cuidado de enfermería. España. <https://www.redalyc.org/pdf/3658/365834856018.pdf>
43. Arrieta A, Hakim G, Pérez C, Siu H, Neves C, Qamar A. Encuesta Healthcare Management Americas 2018 sobre la cultura de seguridad del paciente en el Perú. Acta méd. Perú Disponible en:  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172019000400011&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172019000400011&lng=es).
44. Ministerio De Salud. Resolución Ministerial N.º 163-2020-MINSA2020 Directiva de Rondas de Seguridad del Paciente para la gestión del riesgo en la atención de salud (consultado.15 julio 2023). Disponible  
[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574913/RM\\_163-2020-MINSA\\_Y\\_ANEXOS.PDF?v=1585924670](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/574913/RM_163-2020-MINSA_Y_ANEXOS.PDF?v=1585924670)
45. Enfermería y Seguridad del Paciente. Metodologías De Análisis De Eventos Adversos, Análisis De Causa Raíz, Ancla Y Protocolo De Londres .2020(consultado.15 julio 2023). Disponible  
<https://www.enfermeriayseguridaddelpaciente.com/2020/09/15/metodologias-de-analisis-de-eventos-adversos-analisis-de-causa-raiz-ancla-y-protocolo-de-londres/>
46. Universidad en Internet (UNIR). Que son los eventos adversos en el ámbito sanitario y como abordarlos 2021. Ciencias de la salud. (consultado 15julio2023). Disponible en  
<https://www.unir.net/salud/revista/evento-adverso>
47. Comunidad S.C.A.R.E – FEPASDE. ¿Qué es el evento adverso y cómo lo debe afrontar un profesional en salud? 10/07/20. Disponible en: <https://contenido.fepasde.com/que-es-evento-adverso-y-como-lo-debe-afrontar-un-profesional-en-salud>
48. Comunidad S.C.A.R. E - FEPASDE. 5 acciones para disminuir el riesgo de un evento adverso en el sector salud. 31/03/21 Disponible en:  
<https://contenido.fepasde.com/acciones-para-disminuir-el-riesgo-de-un-evento-adverso>.
49. Dr. García G. Protocolo de Notificación de Eventos Adversos. ministerio de salud pública.2022/03/11.

- [https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/11-protocolo\\_notificacion\\_de\\_eventos\\_adversos.pdf](https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2022/03/11-protocolo_notificacion_de_eventos_adversos.pdf).
50. Instituto de Información Estadística y Geográfica de Jalisco. IIEG. Perseccion de seguridad. Marzo 2021.  
[https://iieg.gob.mx/ns/?page\\_id=1962#:~:text=Percepci%C3%B3n%20de%20seguridad%20%E2%80%93%20IIEG&text=Sensaci%C3%B3n%20que%20tiene%20la%20poblaci%C3%B3n,al%20peligro%2C%20da%C3%B1o%20o%20riesgo](https://iieg.gob.mx/ns/?page_id=1962#:~:text=Percepci%C3%B3n%20de%20seguridad%20%E2%80%93%20IIEG&text=Sensaci%C3%B3n%20que%20tiene%20la%20poblaci%C3%B3n,al%20peligro%2C%20da%C3%B1o%20o%20riesgo).
51. Duran C. D, Rendón H.M, Rosada R. M. Dimensiones de Cultura de Seguridad del Paciente afectadas en una IPS de tercer nivel Bogotá D.C. 2020  
<https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/4150/MONOGRAF%C3%8DA%20DIMENSIONES%20DE%20CULTURA%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20AFECTADAS%20EN%20UNA%20IPS.pdf?sequence=1>
52. Cruz Riveros J. W, Veloza Morales M.C, Investigaciones Andina. La Seguridad Del Paciente En Un Hospital De Bogotá, Percepción Del Profesional De Enfermería.2019  
<https://www.redalyc.org/journal/2390/239066210001/html/#:~:text=La%20respuesta%20no%20punitiva%20a%20errores%20es%20la%20otra%20dimensi%C3%B3n,los%20errores%20se%20conviertan%20en>.
53. Burgos A. Método Hipotético - Deductivo. Introducción al Análisis Bursátil Disponible en:  
[http://www.xprtraining.com/investigacion/metodo\\_hipotetico\\_deductivo.html](http://www.xprtraining.com/investigacion/metodo_hipotetico_deductivo.html)
54. Enrique A, Barrio E. Guía para implementar el método de estudio de caso en proyectos de investigación.2018. PROINVARE. (consultado.17julio 2023). Disponible:  
[https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2018/196118/proinvare\\_a2018p159.pdf](https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2018/196118/proinvare_a2018p159.pdf)
55. Narváez O; Villegas S.L Introducción a la investigación: guía interactiva. Tipos de investigación. Investigación aplicada. Universidad Veracruzana. investigación<https://www.uv.mx/apps/bdh/investigacion/unidad1/investigacion-tipos.html>
56. Dzul M. Diseño no experimental. Fundamentos de la metodología-Sistema de la Universidad virtual. México. Disponible en.  
[https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI\\_Presentaciones/licenciatura\\_en\\_mercadotecnia/fundamentos\\_de\\_metodologia\\_investigacion/PRES38.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf)
57. Tesis y Masters. Conoce en detalle cómo es una investigación correlacional. México. (consultado.17julio 2023). Disponible en



66. Mori N. Cultura de seguridad del paciente y prevención de eventos adversos por el profesional de enfermería. Disponible en: URL: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/12905>
67. Campo A, Oviedo H. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. Instituto de Investigación del Comportamiento Humano. Bogotá, Colombia. Modificado y aceptado 2008 Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v10n5/v10n5a15.pdf>
68. Hernández R. Metodología de la investigación 6ta edición. [booksmedicos.org](http://booksmedicos.org). Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%2>
69. Hernández G. A; Alfaro A. N. Apoyo de la Gerencia en el Hospital General de Occidente para la Seguridad del Paciente <https://congresosfnn.com/wp-content/uploads/2021/03/congreso-iberoamericano-liderazgo/comunicacion-escrita-congreso-iberoamericano-liderazgo/ApoyodelaGerenciaenelHospitalGeneraldeOccidenteparalaSeguridaddelPaciente.pdf>

**ANEXOS**

### ANEXO 1: Matriz de consistencia

**Título:** Cultura de seguridad del paciente adulto mayor y prevención de eventos adversos del profesional de salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p><b>Problema general</b></p> <p>¿Qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos del profesional de la salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023?</p> <p><b>Problemas específicos</b></p> <p>1. ¿Existe relación entre la cultura de seguridad y la dimensión de Frecuencia de eventos notificados en la Prevención de Eventos Adversos?</p>	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos del profesional de la salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima.</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>1. Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión de frecuencia de eventos notificados en la Prevención de Eventos Adversos</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y prevención de eventos adversos del profesional de salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023</p> <p>Ho: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y prevención de eventos adversos del profesional de salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p>H11: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión de frecuencia de eventos notificados en la Prevención de Eventos Adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023</p>	<p>Variable 1 Cultura de seguridad del paciente</p> <p>Dimensiones:</p> <p>-Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad.</p> <p>Aprendizaje organizacional/mejora continua</p> <p>Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio</p> <p>Franqueza en la comunicación</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Es una investigación de tipo aplicada.</p> <p>Método y diseño de la investigación.</p> <p>Es hipotético - deductivo</p> <p>Enfoque cuantitativo, correlacional, no experimental, de corte transversal.</p> <p>Población y muestra</p> <p>Población: Estará conformada por 80 profesionales de la salud del Hospital Policial Geriátrico San José Lima.</p>

<p>en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima?</p> <p>2. ¿Existe relación entre la cultura de seguridad y la dimensión percepción de seguridad en la Prevención de Eventos Adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima?</p> <p>3. ¿Existe relación entre la cultura de seguridad y la dimensión feed-back y comunicación sobre errores en la Prevención de Eventos Adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima?</p> <p>4. ¿Existe relación entre la cultura de seguridad y la dimensión respuesta no punitiva a los errores en la Prevención de Eventos Adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima?</p>	<p>en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima.</p> <p>2. Determinar relación entre la cultura de seguridad y la dimensión percepción de seguridad en la Prevención de Eventos Adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima.</p> <p>3.Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión feed-back y comunicación sobre errores en la Prevención de Eventos Adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima.</p> <p>4.Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la dimensión respuesta no punitiva a los errores en la Prevención de Eventos Adversos</p>	<p>H01: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión frecuencia de eventos notificados en la Prevención de Eventos Adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima 2023</p> <p>HI2: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión percepción de seguridad en la Prevención de Eventos Adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima,2023</p> <p>H02: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión percepción de seguridad en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima 2023.</p> <p>HI3: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión feed-back y comunicación sobre errores en la Prevención de Eventos Adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima,2023</p> <p>H03: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión feed-back y comunicación sobre errores</p>	<p>Trabajo en equipo entre unidades/servicios.</p> <p>Cambios de turno y rotación del personal</p> <p>Dotación de personal</p> <p>Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</p> <p>Variable 2</p> <p>Prevención de eventos adversos</p> <p>Dimensiones: Frecuencia de eventos notificados.</p> <p>Percepción de seguridad.</p> <p>Feed-back y comunicación sobre errores</p> <p>Respuesta no punitiva a los errores.</p>	<p>Muestra: Estará conformada por 80 profesionales de la salud; el cual incluye su totalidad de la población de la investigación.</p> <p>Muestreo: No probabilístico, por conveniencia.</p>
--	--	--	---	---

	<p>en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima.</p>	<p>en la Prevención de Eventos Adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima 2023.          HI4: Existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión respuesta no punitiva a los errores en la Prevención de Eventos Adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima,2023.          H04: No existe relación significativa entre la cultura de seguridad del adulto mayor y la dimensión respuesta no punitiva a los errores en la Prevención de Eventos Adversos en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima 2023.</p>		
--	---	--	--	--

--	--	--	--	--

## ANEXO 2: Instrumentos

### INTRUMENTO DE MEDICIÓN DE LOS DATOS GENERALES

#### INTRODUCCIÓN:

Estimada(o) profesionales de la salud: estoy realizando un estudio titulado “Cultura de seguridad del paciente adulto mayor y prevención de eventos adversos por el profesional de salud en el Hospital Policial Geriátrico “San José” 2023”. por tal motivo me dirijo a usted para solicitarle contestar, de forma anónima, el siguiente instrumento. Le ruego hacerlo en forma veraz y objetiva. Agradezco anticipadamente su participación.

#### DATOS GENERALES

##### Instrucciones:

A continuación, se presenta una serie de enunciados, marque usted con una (X) según considere oportuno su respuesta.

<b>Edad</b> 1. 25 – 30 años. 2. 31 – 40 años 3. 41 – 50 años 4. 51 – 60 años	<b>¿En qué servicio labora usted?</b> 1.-Hospitalización. 2.-Emergencia. 3.-Laboratorio 4.-ADOGE 5.-Consultorio 6.-Farmacia 7.-Medicina Física y Rehabilitación	<b>Tiempo que labora en la Institución (HPGSJ).</b> 1) 1 a 5 años 2) 6 a 10 años 3) 10 a 15 años 4) Mas de 20 años
<b>Sexo</b> 1. Femenino 2. Masculino	<b>Tiempo que labora en su Servicio</b> 1) 1 a 5 años 2) 6 a 10 años 3) 10 a 15 años 4) Mas de 20 años	<b>¿Cuál es su cargo en este hospital?</b> 1) Medico 2) Médico Residente 3) Enfermera 4) Técnico de enfermería 5) Laboratorista 6) Psicólogo 7) Nutricionista 8) Terapista 9) Supervisor 10) Jefe del Servicio

## II. CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE

Marque con un aspa (X) la respuesta que considere acertada con su punto de vista, según las siguientes alternativas

### Sección A: Su área/unidad de trabajo

**En este cuestionario, piense en su “unidad” como el área de trabajo, departamento o área clínica del hospital donde usted pasa la mayor parte de su horario de trabajo o proporciona la mayoría de sus servicios clínicos.**

**¿Cuál es su principal área o unidad de trabajo en este hospital? Marque UNA respuesta.**

- a. Diversas unidades del hospital/Ninguna unidad específica
- b. Medicina (No-quirúrgica)
- c. Cirugía
- d. Obstetricia
- e. Pediatría
- f. Departamento de emergencias
- g. Unidad de cuidados intensivos (cualquier tipo)
- h. Salud mental/Psiquiatría
- i. Rehabilitación
- j. Farmacia
- k. Laboratorio
- l. Radiología
- hospitalización
- n. Otro, por favor, especifique: \_\_\_\_\_

### **Sección B: Expectativas y acciones de la dirección / supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad**

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor/director inmediato o la persona a la que usted reporta directamente. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

	<b>Muy en desacuerdo</b>	<b>En desacuerdo</b>	<b>Ni de acuerdo ni en desacuerdo</b>	<b>De acuerdo</b>	<b>Muy de acuerdo</b>
1. Mi superior/jefe expresa su situación cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que hace al personal para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

3. Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que hace al personal para mejorar la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. Mi superior/jefe pasa por altos los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### Sección C: Su área/unidad de trabajo, Aprendizaje organizacional/ trabajo en equipo/ mejora continua

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. Indique la respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Cuando se detecta algún fallo en la atención del paciente que lleva a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Los cambios que hacemos que mejorar la seguridad del paciente se evalúa para comprobar su efectividad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. El personal se apoya mutuamente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminarlo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. En esta unidad nos tratamos todos con respeto.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

7. Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros-	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8.-Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9.- A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente por lo que la jornada laboral es agotadora	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### Sección D: Franqueza en la comunicación

¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense acerca de su área/unidad de trabajo del hospital.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	
				Siempre	Siempre
1. Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con toda libertad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. El personal puede cuestionar con toda libertad las decisiones o acciones de sus de sus superiores.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. El personal teme hacer preguntas sobre los que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### Sección E: Su hospital /trabajo en equipos entre unidades y servicio/cambios de turno

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su hospital. Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Hay una buena cooperación entre unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2.-Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3 -Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4.-Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicios a otra.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6.-En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8. Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. Las unidades de este hospital no se coordinan bien entre ellas.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

10. A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
---	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

### Sección F: Dotación De Personal

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su dotación de personal. Indique la respuesta marcando sobre UN cuadro

Piense en su hospital. / servicio	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente por lo que la jornada laboral es agotadora.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. En ocasiones no se presenta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5- El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6.- Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes, evaluamos su efectividad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8- Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

mucho, muy rápidamente.					
-------------------------	--	--	--	--	--

### Sección G: Apoyo de la gerencia

Qué tan a menudo revisen a poyo de parte de la gerencia en su área/unidad de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro

Piense en su hospital.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. La gerencia o la dirección del hospital muestran con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. La gerencia / dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### III. EVENTOS ADVERSOS

Marque con un aspa (X) la respuesta que considere acertada con su punto de vista, según las siguientes alternativas.

#### Sección A: Información general

Esta información ayudará en el análisis de los resultados del cuestionario. Marque UNA respuesta para cada pregunta.

1. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?

- a. Menos de 20 horas a la semana     d. De 60 a 79 horas a la semana  
 b. De 20 a 39 horas a la semana     e. De 80 a 99 horas a la semana  
 c. De 40 a 59 horas a la semana     f. 100 horas a la semana o más

2. ¿Cuál es su posición laboral en este hospital? Marque UNA respuesta que mejor describa su posición laboral.

- a. Enfermera registrada
  - b. Asistente Médico/Enfermera Profesional
  - c. Enfermera Vocacional con Licencia/Enfermera Practicante con Licencia (LVN/LPN)
  - d. Asistente de Cuidado de Pacientes/Pareja de Cuidados
  - e. Médico (con entrenamiento completado)
  - f. Médico Residente/Médico en Entrenamiento
  - g. Farmacéutico
  - h. Dietético
  - i. Asistente de Unidad/Oficinista/Secretaria
  - j. Terapeuta Respiratorio
  - k. Terapeuta Físico, Ocupacional o del Habla
  - l. Técnico (por ejemplo, EKG, Laboratorio, Radiología)
  - m. Administración/Dirección
  - n. Otro, por favor especifique:
- 

3. En su posición laboral, ¿típicamente tiene usted interacción directa o contacto con pacientes?

- Sí, típicamente tengo interacción directa o contacto con pacientes.
- NO, típicamente NO tengo interacción directa o contacto con pacientes.

### Sección B: Frecuencia de incidentes reportados

En su área/unidad de trabajo, cuando los siguientes errores suceden, ¿qué tan a menudo son reportados? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en el área/unidad de trabajo de su hospital...	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

2. Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿qué tan frecuentemente es reportado?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿qué tan a menudo es reportado?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>N</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### Sección C: Percepción de seguridad del paciente

Por favor, dele a su área/unidad de trabajo un grado general en seguridad del paciente. Marque UNA respuesta.

Piense acerca de su área/unidad de trabajo del hospital.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1. Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. -Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3.-No se producen más fallos por casualidad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### Sección D: Errores Feed-back y comunicación sobre errores

¿Qué tan a menudo pasan las siguientes cosas en su área/unidad de trabajo? Indique su respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense acerca de su área/unidad de trabajo del hospital.	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

1. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. En esta unidad, hablamos sobre formas de prevenir los errores para que no se vuelvan a cometer.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

### Sección E: Su área/unidad de trabajo, Frente a la respuesta no punitiva a los errores

Por favor, indique su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo. Indique la respuesta marcando sobre UN cuadro.

Piense en su unidad/área de trabajo del hospital...	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. El personal siente que sus errores son considerados en su contra.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Cuando se informa de un incidente, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. El personal se preocupa de que los errores que cometen sean guardados en sus expedientes.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

Gracias por completar este cuestionario

### ANEXO 3: Validez del instrumento

#### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO. ALFA DE CRONBACH

Se aplicó la fórmula del alfa de Cronbach a la Prueba piloto de **20 cuestionarios** para ambos instrumentos (cultura de seguridad y eventos adversos).

#### FORMULA

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \times \left( 1 - \frac{\sum V_i}{V_x} \right)$$

K = N° ITEMS

$\sum V_i =$   
Total de varianza

$V_x =$  Varianza

<b><math>\alpha = 0.860</math></b>
------------------------------------

Este valor nos indica que el valor alfa es superior a 0.5, es decir 0.86 indicando que el instrumento utilizado es confiable y fuertemente consistente.

### ANEXO 4: Juicios de expertos

**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:** “Cultura de seguridad del paciente adulto mayor y prevención de eventos adversos del profesional de salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023”

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
1.Variable	<b>CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>							
	<b>DIMENSIÓN 1: Expectativas y acciones de la dirección/supervisión de la unidad/servicio que favorece la seguridad.</b>							
	Mi superior/jefe expresa su situación cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	X		X		X		
	Mi superior/jefe tiene en cuenta, seriamente, las sugerencias que hace al personal para mejorar la seguridad del paciente	X		X		X		
	Cuando aumenta la presión del trabajo, mi superior/jefe pretende que trabajemos más rápido, aunque se pueda poner en riesgo la seguridad del paciente.	X		X		X		
	Mi superior/jefe pasa por altos los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2: Aprendizaje organizacional/mejora continua</b>							
	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente	X		X		X		
	Cuando se detecta algún fallo en la atención del paciente que lleva a cabo las medidas apropiadas para evitar que ocurra de nuevo.	X		X		X		
	Los cambios que hacemos que mejorar la seguridad del paciente se evalúa para comprobar su efectividad.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3: Trabajo en equipo en la Unidad/Servicio</b>							
	El personal se apoya mutuamente	X		X		X		
	Cuando tenemos mucho trabajo, colaboramos todos como un equipo para poder terminado	X		X		X		
	-En esta unidad nos tratamos todos con respeto	X		X		X		
	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en los compañeros-	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 4: Franqueza en la comunicación</b>							
	-Cuando el personal ve algo que puede afectar negativamente a la atención que recibe el paciente, habla de ello con toda libertad.	X		X		X		
	-El personal puede cuestionar con toda libertad las decisiones o acciones de sus de sus superiores.	X		X		X		

	El personal teme hacer preguntas sobre los que parece que se ha hecho de forma incorrecta.	X		X		X		
	El personal habla libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	X		X		X		
	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	X		X		X		
	Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 5: Trabajo en equipo entre unidades/servicios.</b>							
	Hay una buena cooperación entre unidades/servicios que tienen que trabajar conjuntamente.	X		X		X		
	Los servicios/unidades trabajan de forma coordinada entre sí para proporcionar la mejor atención posible.	X		X		X		
	Las diferentes unidades del hospital no se coordinan bien entre ellas.	X		X		X		
	-Suele resultar incómodo tener que trabajar con personal de otros servicios/unidades.	X		X		X		
	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicios a otra.	X		X		X		
	En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	X		X		X		
	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	X		X		X		
	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno.	X		X		X		
	A menudo surgen problemas en el intercambio de información a través de unidades de este hospital.	X		X		X		

Variable 1	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	<b>DIMENSIÓN 6: Dotación de personal</b>							
	-Hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo	X		X		X		
	-A veces no se puede proporcionar la mejor atención al paciente por lo que la jornada laboral es agotadora.	X		X		X		
	-En ocasiones no se presenta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal.	X		X		X		
	Tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo	X		X		X		
	El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente	X		X		X		
	Estamos haciendo cosas de manera activa para mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
	Después de hacer los cambios para mejorar la seguridad de los Pacientes, evaluamos su efectividad.	X		X		X		
	Frecuentemente, trabajamos en "tipo crisis" intentando hacer mucho, muy rápidamente.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 7: Apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente</b>							
	La gerencia o la dirección del hospital facilitan un clima laboral que favorece la seguridad del paciente.	X		X		X		
	-La gerencia o la dirección del hospital muestran con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades	X		X		X		
	-La gerencia / dirección del hospital solo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 8: Problemas en Cambios de turno y transacciones entre servicios/unidades</b>							
	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando éstos se transfieren desde una unidad/servicios a otra.	X		X		X		
	-En los cambios de turno se pierde con frecuencia información importante sobre la atención que ha recibido el paciente.	X		X		X		
	El intercambio de información entre los diferentes servicios es habitualmente problemático.	X		X		X		

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
<b>Variable 2:</b>	<b>PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS</b>							
	<b>DIMENSIÓN 1: Frecuencia de eventos notificados</b>	X		X		X		
	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente.	X		X		X		
	-Se notifican los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente.	X		X		X		
	-Se notifican los errores que no se han tomado consecuencias adversas, aunque posiblemente podrían haber dañado al paciente.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 2: Percepción de seguridad</b>	X		X		X		
	-Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente.	X		X		X		
	-Nuestros procedimientos y medios de trabajo son buenos para evitar errores en la asistencia.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 3: Feed-back y comunicación sobre errores</b>	X		X		X		
	-Cuando notificamos algún incidente, nos informan sobre qué tipo de actualizaciones se han llevado a cabo.	X		X		X		
	-Se nos informa de los errores que ocurren en este servicio /unidad.	X		X		X		
	-En mi servicio/unidad discutimos de qué manera se puede evitar que un error.	X		X		X		
	<b>DIMENSIÓN 4: Respuesta no punitiva a los errores.</b>	X		X		X		
	-Si los compañeros o los superiores se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra.	X		X		X		
	Cuando se detecta algún fallo, antes de buscar la causa, buscan un "culpable"	X		X		X		
Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	X		X		X			

<sup>1</sup> **pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

<sup>2</sup> **relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

<sup>3</sup> **claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

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

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

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

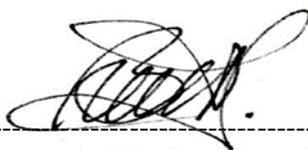
Apellidos y nombres del juez validador. Mg: Barrientos Romero Sonia Pilar

DNI: 08093933

Especialidad del validador: Maestro en Ciencia de Enfermería: Mención en Geriatría  
0256

REM:

15 de noviembre del 2023



Mg. Sonia Pilar Barrientos Romero

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg. Guevara Rojas Jaime

DNI: **09968252**

Especialidad del validador: Maestría en educación y gestión educativa

15 de noviembre del 2023



Mg. Guevara Rojas Jaime

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

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

Apellidos y nombres del juez validador. Mg: Margarita Gamboa Urbina

DNI: 10120634

15 de noviembre del 2023

-----  
  
Mg. Margarita Gamboa Urbina

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable [  ]

Aplicable después de corregir [    ]

No aplicable [    ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Dr. (Mg) Francesca Katherine Lopez Llerena

**DNI:** 42705485

**Correo electrónico institucional:**

Katicita13@hotmail.com

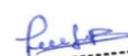
**Especialidad del validador:**

Metodólogo [  ]

Temático [    ]

Estadístico [    ]

06 de 10 de 2023

-----  
  
~~Francesca Katherine Lopez Llerena~~  
Especialista en Enfermería en Salud y  
Desarrollo del Niño, Infante, Crecimiento  
y Desarrollo e Inmunización  
C.E.P. N° 077991 - R.E.E. N° 019966

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable

Aplicable después de corregir [  ]

No aplicable [  ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Dr./Mg. *Santijesús Peña Torres*

**DNI:** *46208960*

**Correo electrónico institucional:** *Santijesús7@gmail.com*

**Especialidad del validador:**

Metodólogo

Temático [  ]

Estadístico [  ]

.....*06* de .....*10*..... de 2023

  
Firma de *Santijesús Peña Torres*  
  
MÉDICO CIRUJANO - AUDITOR  
CMP: 042788 RNA: 06560  
Formante

## ANEXO 5: Formato de consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

**Título de proyecto de investigación** : “Cultura de seguridad del paciente adulto mayor y prevención de eventos adversos del profesional de salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023”

**Investigador** : Millones Tadeo, Fany Victoria

**Institución (es)** : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “Cultura **de seguridad del paciente adulto mayor y prevención de eventos adversos del profesional de salud en el Hospital Policial Geriátrico San José en Lima, 2023**” de fecha 24 / 10 / 2023 y versión.01. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW).

#### I. INFORMACIÓN

**Propósito del estudio:** el propósito de este estudio es determinar qué relación existe entre la cultura de seguridad del paciente adulto mayor y la prevención de eventos adversos por el profesional de salud del Hospital Policial Geriátrico San José. Su ejecución ayudará a detectar las fortalezas y realizar recomendación de mejora.

#### **Criterios de Inclusión y exclusión:**

Criterios de inclusión: Personal de salud, que labora en el Hospital Policial Geriátrico San José.

Criterios de exclusión: Se excluirá al personal de salud que se encuentre de vacaciones y que no de su consentimiento.

**Procedimientos del estudio:** Si Usted decide participar en este estudio se le realizará los siguientes procesos:

- Usted accederá al cuestionario a través de un enlace a través de su WhatsApp.
- Se le solicitará un correo electrónico para enviarle los resultados del estudio.

Consiste en responder un cuestionario de 51 preguntas sobre la “Cultura **de seguridad del paciente y la prevención de eventos adversos**, que puede demorar aproximadamente 20 minutos en responder.

#### **Riesgos:**

Su participación en el estudio *no* implica ningún riesgo para su salud.

#### **Beneficios:**

Usted podrá conocer los resultados del cuestionario, el cual indicara cual es la seguridad y la prevención de eventos adversos que se brinda al adulto mayor. Adicionalmente al término del estudio se le enviara los resultados generales obtenidos y un agradecimiento por su participación

**Costos e incentivos:** Usted *no* pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico a cambio de su participación.

**Confidencialidad:** Nosotros guardaremos la información recolectada con códigos para resguardar su identidad. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que

permita su identificación. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al equipo de estudio.

**Derechos del personal de salud:** La participación en el presente estudio es voluntaria. Si usted lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de éste en cualquier momento, sin que esto ocasione ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo.

**Preguntas/Contacto:** Si usted tiene dudas relacionadas con su participación en el estudio puede contactarse con la responsable del estudio: Millones Tadeo, Fany Victoria al teléfono 984380745 o al correo electrónico [fmillones99@hotmail.com](mailto:fmillones99@hotmail.com). Asimismo, podrá denegar su participación en cualquier momento si usted así lo desea.

Así mismo puede comunicarse con el Comité de Ética que validó el presente estudio, Contacto del Comité de Ética: Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener, para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, **Email:** [comité.etica@uwiener.edu.pe](mailto:comité.etica@uwiener.edu.pe)

## II. DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

He leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado (FCI), y declaro haber recibido una explicación satisfactoria sobre los objetivos, procedimientos y finalidades del estudio. Se han respondido todas mis dudas y preguntas. Comprendo que mi decisión de participar es voluntaria y conozco mi derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento, sin que esto me perjudique de ninguna manera. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

\_\_\_\_\_ (Firma)  
 Nombre **participante:**  
 DNI:  
 Fecha: (dd/mm/aaaa)

  
 Nombre **investigador:** Millones Tadeo Fany  
 DNI: 07474501  
 Fecha: (24/10/2023)

\_\_\_\_\_ (Firma)  
 Nombre testigo o representante legal:  
 DNI:  
 Fecha: (dd/mm/aaaa)

**Nota:** La firma del testigo o representante legal es obligatoria solo cuando el participante tiene alguna discapacidad que le impida firmar o imprimir su huella, o en el caso de no saber leer y escribir.

**ANEXO 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos**

POLICIA NACIONAL DEL PERÚ  
DIRSAPOL

HOSPITAL POLICIAL GERIATRICO  
SAN JOSE

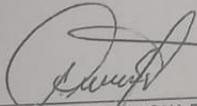
**ACTA DE REUNIÓN N°05-2023**

En el distrito de San Miguel, siendo las 12:00 horas, del día 30 de Diciembre del 2023, presentes en la oficina de la Unidad de Investigación Docencia y Capacitación del HPGSJ, se reúne el Comité de Ética en Investigación y Asistencial dando opinión favorable para el desarrollo del proyecto de investigación presentado por el May SPNP Fanny Victoria MILLONES TADEO, titulado: **“CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ADULTO MAYOR Y PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN EL HOSPITAL POLICIAL GERIÁTRICO SAN JOSÉ EN LIMA, 2023”**.

1. Verificación de las normas vigentes relacionados a los proyectos de investigación.
2. Verificación de los principios bioéticos no maleficencia, autonomía y justicia para que sean respetados en el momento de recolección de datos, análisis de datos, verificación de resultados.
3. Se verificó que el trabajo de investigación procure el máximo beneficio.
4. Garantizar la confidencialidad de los datos contenidos y carácter anónimo de las fichas de recolección.
5. Entregar a la Unidad de Investigación, Docencia y Capacitación el proyecto de Investigación de manera física y virtual (CD).
6. Al finalizar la Investigación se entregará una copia de la tesis de manera física y virtual (CD).
7. Al término de la evaluación del proyecto de investigación antes mencionado, este comité es de **OPINIÓN FAVORABLE** a lo solicitado por no contener maleficencia al realizar la recolección de datos y encuesta.
8. Los integrantes del comité de ética en investigación asistencial reunidos firman la presente acta en señal de conformidad.



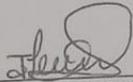
Sonia Elisabeth VASQUEZ GUERRA  
CRNL SPNP  
DNI 08569696  
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE ÉTICA DE  
INVESTIGACIÓN Y ASISTENCIAL



Jefferson COLLA CHAGUA DELGADO  
MAY SPNP  
DNI 10699008  
VOCAL



Zonia CORBELL FERNÁNDEZ  
MAY SPNP  
DNI 6800408  
VOCAL



Iris LEIVA GONZALES  
CAP SPNP  
DNI 42635875  
SECRETARIA

## ANEXO 7: Reporte de similitud de turnitin

Reporte de similitud		
<p>● <b>13% de similitud general</b></p> <p>Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 9% Base de datos de Internet</li> <li>• Base de datos de Crossref</li> <li>• 12% Base de datos de trabajos entregados</li> <li>• 5% Base de datos de publicaciones</li> <li>• Base de datos de contenido publicado de Crossref</li> </ul>		
<p>FUENTES PRINCIPALES</p> <p>Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.</p>		
1	<p><b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Internet</p>	2%
2	<p><b>Submitted on 1692904134615</b> Submitted works</p>	1%
3	<p><b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet</p>	1%
4	<p><b>Universidad Wiener on 2022-12-31</b> Submitted works</p>	1%
5	<p><b>hdl.handle.net</b> Internet</p>	<1%
6	<p><b>uwiener on 2024-02-20</b> Submitted works</p>	<1%
7	<p><b>eprints.ucm.es</b> Internet</p>	<1%
8	<p><b>repositorio.unsa.edu.pe</b> Internet</p>	<1%
<p>Descripción general de fuentes</p>		