



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

ESCUELA DE POSGRADO

Tesis

Cultura de seguridad y gestión de riesgos en profesionales de la salud en el
primer nivel de atención, Ayacucho – Perú, 2023

**Para optar el Grado Académico de
Maestro de Gestión en Salud**

Presentado por:

Autora: Tinoco Valdivia, Carmen Beatriz


Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0933-7182>

Asesor: Dr. Diaz del Olmo Morey, Fernando Luis

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6534-8129>

Lima – Perú

2024

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, Tinoco Valdivia, Carmen Beatriz Egresado(a) de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis “Cultura de seguridad y gestión de riesgos en profesionales de la salud en el primer nivel de atención, Ayacucho – Perú, 2023” Asesorado por el docente: Fernando Díaz del Olmo Morey Con DNI 10267979 Con ORCID 000-0001-6534-8129 tiene un índice de similitud de 8 (ocho)% con código oid:14912:393090990 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 turnitin 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
 Carmen Beatriz Tinoco Valdivia
 DNI: 72762532



.....
 Firma
 Fernando Luis Díaz del Olmo
 DNI: 10267979

Lima, 3 de enero de 2025

Dedicatoria

A Dios mi todo poderoso, que encamino mi vida y me dio las fuerzas necesarias para lograr mis metas y objetivos.

A mis amados padres, por ser mi roca y motivación.

A mi esposo, por su paciencia y apoyo incondicional.

A mi amada Hija porque su breve paso en este mundo dejo como enseñanza el verdadero valor de la vida y la fortaleza.

A mis hermanos y sobrinos por estar siempre presente, respaldándome e impulsándome a salir adelante.

Agradecimiento

A todas aquellas personas e instituciones que sin su apoyo esta tesis no hubiera sido posible realizarlo.

En primer lugar, a los docentes de la Universidad Norbert Wiener por sus enseñanzas, pero en especial al Dr. Cesar Bonilla y Dr. Fernando Diaz del Olmo por compartir sus conocimientos como asesores a través de su guía y recomendaciones.

A las autoridades de la Unidad ejecutora Red de salud Ayacucho norte, así como a los jefes de las distintas Microrredes que me facilitaron el acceso.

A los participantes de la investigación, pues permitieron que esta tesis sea una realidad.

Índice general

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Índice general	v
Índice de tablas y figuras	vii
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción	xi
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.2.1 Problema general	3
1.2.2 Problemas específicos	3
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación de la investigación	5
1.4.1 Teórica	5
1.4.2 Metodológica	6
1.4.3 Práctica	6
1.5 Limitaciones de la investigación	7
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes de la investigación	8
2.2 Bases teóricas	13
2.3 Formulación de hipótesis	20
2.3.1 Hipótesis general	20
2.3.2 Hipótesis específicas	20
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	22
3.1. Método de investigación	22
3.2. Enfoque investigativo	22
3.3. Tipo de investigación	22

3.4. Diseño de la investigación	22
3.5. Población, muestra y muestreo	22
3.6. Variables y operacionalización	23
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26
3.7.1. Técnica	26
3.7.2. Descripción	26
3.7.3. Validación	28
3.7.4. Confiabilidad	29
3.8. Procesamiento y análisis de datos	29
3.9. Aspectos éticos	30
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	31
4.1 Resultados	31
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados	31
4.1.2. Prueba de hipótesis	34
4.1.3. Discusión de resultados	42
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
5.1 Conclusiones	48
5.2 Recomendaciones	50
REFERENCIAS	51
ANEXOS	67
Anexo 1: Matriz de consistencia	68
Anexo 2: Instrumentos	69
Anexo 3: Validez del instrumento	76
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento	107
Anexo 5: Formato de consentimiento informado	113
Anexo 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos, publicación de los resultados, uso del nombre	115
Anexo 7: Informe del asesor de Turnitin	116

Índice de tablas y figuras

Tablas

Tabla 1.	Operacionalización de la variable cultura de seguridad	24
Tabla 2.	Operacionalización de la variable gestión de riesgos	25
Tabla 3.	Baremos de la variable cultura de seguridad	27
Tabla 4.	Baremos de la variable gestión de riesgos	28
Tabla 5.	Validación de contenido por jueces expertos	29
Tabla 6.	Confiabilidad de instrumentos	29
Tabla 7.	Características generales de los participantes	31
Tabla 8.	Nivel de valoración de la cultura de seguridad y sus dimensiones	32
Tabla 9.	Nivel de valoración de la gestión de riesgos y sus dimensiones	33
Tabla 10.	Prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov	34
Tabla 11.	Prueba de hipótesis entre Cultura de seguridad y gestión de riesgos	35
Tabla 12.	Prueba de hipótesis entre el clima de trabajo en equipo y gestión de riesgos	36
Tabla 13.	Prueba de hipótesis entre el clima de seguridad y la gestión de riesgos	37
Tabla 14.	Prueba de hipótesis entre satisfacción laboral y gestión de riesgos	38
Tabla 15.	Prueba de hipótesis entre reconocimiento del estrés y gestión de riesgos	39
Tabla 16.	Prueba de hipótesis entre percepción de la gestión y gestión de riesgos	40
Tabla 17.	Prueba de hipótesis entre condiciones de trabajo y gestión de riesgos	41

Figuras

Figura 1. Histograma con la curva de la distribución normal

34

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

Materiales y métodos: Estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, correlacional-transversal, tuvo una población de 186 profesionales de la salud y una muestra final de 130 participantes. Se empleó para la recolección de datos dos cuestionarios. Para la comprobación de hipótesis los datos se analizaron con el coeficiente de Spearman.

Resultados: Se evidenció que la cultura de seguridad (74.6%) y la gestión de riesgos (74.6%) fueron negativas. Las pruebas de hipótesis mostraron una correlación positiva significativa entre cultura de seguridad ($p=0.012$), clima de trabajo en equipo ($p=0.019$), Clima de seguridad ($p=0.007$), percepción de la gestión ($p=0.023$) y condiciones de trabajo ($p=0.018$) con la gestión de riesgos, mientras que con satisfacción laboral ($p=0.202$) y reconocimiento del estrés ($p=0.171$) no existe relación.

Conclusión: La cultura de seguridad presenta una relación positiva significativa con la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

Palabras clave: Cultura de seguridad, Gestión de riesgos, Atención primaria en salud, seguridad del paciente, profesionales de la salud.

Abstract

Objective: Determine the relationship between safety culture and risk management in health professionals of first level of care facilities of the Ayacucho Norte Health Network, Ayacucho-Perú,2023.

Materials and methods: Quantitative approach, non-experimental design, correlational-cross-sectional, with a population of 186 health professionals and a final sample of 130 participants. Two questionnaires were used for data collection. To test the hypotheses, the data were analyzed using Spearman's coefficient.

Results: it was evidente that safety culture (74.6%) and risk management (74.6%) were negative. Hypothesis tests showed a significant positive correlation between safety culture ($p=0.012$), teamwork climate ($p=0.019$), safety climate ($p=0.007$), management perception ($p=0.023$) and working conditions ($p=0.018$) with risk management, while with job satisfaction ($p=0.202$) and stress recognition ($p=0.171$) there is no relationship.

Conclusion: safety culture has a significant positive relationship with risk management in health professionals of first level of care facilities in the Ayacucho Norte Health Network, Ayacucho- Perú,2023.

Key words: Safety culture, risk management, primary health care, patient safety, health professionals.

Introducción

La cultura de seguridad se ha convertido en un desafío creciente en prevención y control de riesgos en las organizaciones de salud, pues una falla o incidente compromete la seguridad del paciente y del personal de salud. Mientras que la gestión de riesgos es fundamental en cualquier organización que quiera protegerse y mitigar las demandas y/o reclamos.

El presente estudio propone determinar la relación entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de salud Ayacucho Norte. El problema de esta investigación radica en la necesidad de prevenir y controlar los eventos adversos o daños que se presenta en la atención primaria al ser el primer contacto entre el paciente y el sistema sanitario. La cultura de seguridad como la gestión de riesgos representan una respuesta a este problema. Se espera que los hallazgos proporcionen información valiosa a fin de velar por el paciente y del profesional de salud. Es por ello, que este estudio presenta el contenido a través de la siguiente estructura:

El primer capítulo de contenido detalla la realidad problemática a nivel internacional, nacional y local, la formulación del dilema, los propósitos a investigar como la justificación y limitaciones que se presentó. El segundo capítulo de contenido está dedicada a una revisión de la bibliográfica existente sobre el tema (antecedentes y bases teóricas), así como a la formulación de hipótesis de investigación. La metodología de investigación, explicando el tipo, diseño alcance de investigación como las técnicas de recolección se presenta en el tercer capítulo de contenido. En el cuarto capítulo, se presenta los resultados y el análisis de esta. Mientras que, en el último capítulo de contenido, se enfoca en las conclusiones y recomendaciones asociadas a las variables de estudio.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

En los últimos años la seguridad del paciente se ha convertido en un tema clave para la calidad de atención (1) tanto en el entorno hospitalario como en atención primaria (2) debido a los eventos adversos (EA), daños e incidentes que surgen a partir de una atención poco seguro que puede ocasionar discapacidad, lesiones o muerte (3). Se calcula según la Organización mundial de la salud (OMS) que 134 millones de individuos sufren cada año EA a nivel global, falleciendo 2.6 millones (4) de los cuales el 60 % corresponden a atenciones de mala calidad e inseguras (3). Por lo que para minimizar los daños y lograr un entorno de trabajo seguro es importante el desarrollar una cultura de seguridad (CS) (3) y las habilidades de gestión de riesgos (GR) (5) que permiten un proceso de mejora continua y reducción de errores (6).

En este contexto, la atención primaria en salud (APS) al ser la puerta de entrada al sistema sanitario debe priorizar una atención de calidad que no cause daños ni riesgos (7). Pero según la OMS se estima que 4 de cada 10 casos y el 50 % de las muertes por EA ocurren en los servicios primarios y área ambulatoria; siendo prevenibles en su mayoría (3,4).

Según la investigación de Gens et al. (8) la tasa de notificaciones de incidentes en atención primaria (AP) a nivel mundial tiene una media de 2.38 por 1000 visitas. De un total de 1129 notificaciones de incidencias, el 75% compromete al paciente, solo 8.5% son por EA, el 3.5% corresponde a riesgo alto; los incidentes se relacionan 31.7% al manejo clínico – administrativo mientras que EA se relaciona al manejo clínico en un 37.5% (8). Carrillo et al. (9) muestra que de los 182 eventos adversos evitables (EAE) los afectados fueron 34 niños y 134 adultos, solo el 4.1% fue daño grave en adultos (9). Garzón et al. (10) evidencia que entre los factores contribuyentes de un EA el 59.7% fueron los procedimientos de atención y 14.9% por factores de equipamiento (10). Para

comprender las discrepancias de las notificaciones y/o reportes en AP, hay que considerar que muchas no se reportan porque pasan desapercibido (8).

Lo anteriormente expuesto, nos evidencia que la AP constituye un ambiente de riesgo (10), pues las acciones de seguridad del paciente (SP) de las organizaciones de salud son deficientes (7) e ignoran la importancia de la evaluación de CS (11), lo que implica que no se comprenda sobre las estructuras y procesos que impactan en el paciente (12), así como de costos y limitación de recursos (13) pues la cultura de seguridad del paciente (CSP) tiene factores organizaciones e individuales (14) que dependen de los métodos de gestión (15). El mantener un nivel de CSP es necesario a través de las herramientas y estrategias de gestión de riesgos (14) los cuales permiten identificar, monitorear y minimizar los riesgos de la atención (16).

En Etiopia, Mohammed (17) menciona que 55.2% del personal sanitario percibe una CS negativa predominando un 75% en trabajadores de 25-34 años que laboran en áreas de urgencia y un 61% en pediátrica (17). En Eslovenia, Vrtič et al. (1) identifico que la CSP global fue positiva en un 59.6%, siendo débil (negativo o deficiente) en presión y ritmo de trabajo, apoyo del liderazgo, calidad y SP, apertura de la comunicación, estandarización y procesos (89.3%, 72.9%, 50.6%, 59.1%, 51.8% respectivamente) (1). Mientras que, en Túnez, Tlili et al. (5) reporta que la frecuencia de EA se relaciona de manera significativa con los comités de factor de riesgos (5).

Por otro lado, en Brasil, Mazzuco de Souza et al. (18) muestra que la CSP es negativa en un 84.4% predominando en el dominio error y condiciones de trabajo (18). Mientras que, en Colombia, Camacho (19) evidencia que la puntuación global de CSP fue de 45% positiva entre los profesionales de salud (19).

En el país según la Dirección General de Medicamentos, insumos y Drogas - DIGEMID (20) de las 1386 notificaciones de incidentes por dispositivos médicos en el 2021, el 80% fueron incidentes

adversos de riesgo moderado y grave; 299 de estas notificaciones fueron en centro de salud, puesto de vacunación y puestos de salud; siendo las enfermeras las que cuentan con mayor número de notificaciones (20). En Huánuco, Borneo (21) señala que la SP en las instituciones prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS es baja en un 90.9% mientras la cultura de seguridad es negativa en un 49% (21). En Lima, Palomino (22) evidencia que el 62% establecimiento de salud (EE. SS) 1 presenta un CSP poco adecuada y el EE. SS 2 es adecuada en un 52.5% (22).

Con respecto, la región Ayacucho ocupa el quinto lugar en incidentes por dispositivos médicos (20), durante el 2021 se han reportado un total 118 Eventos Supuestamente atribuido a la vacunación o inmunización – ESAVI (23).

Por tan razón el objetivo general del estudio es determinar la relación entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimiento del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál es la relación entre el clima de trabajo en equipo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023?

- ¿Cuál es la relación entre el clima de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023?
- ¿Cuál es la relación entre la satisfacción laboral y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023?
- ¿Cuál es la relación entre el reconocimiento del estrés y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023?
- ¿Cuál es la relación entre la percepción de la gestión y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023?
- ¿Cuál es la relación entre las condiciones de trabajo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la relación entre el clima de trabajo en equipo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

- Determinar la relación el clima de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.
- Determinar la relación entre la satisfacción laboral y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.
- Determinar la relación entre el reconocimiento del estrés y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.
- Determinar la relación entre la percepción de la gestión y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.
- Determinar la relación entre las condiciones de trabajo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

Las variables de estudio son dos conceptos relevantes para la gestión de la atención sanitaria. Por lo tanto, esta investigación se fundamenta en la teoría de sistemas de Bertalanffy el cual es un enfoque sistémico que busca entender como los componentes de un sistema trabajan entre si (24). Así mismo se sostiene en el modelo teórico del error de Reason que se basa en la premisa que el error como un fenómeno que se da por las actividades complejas y deficientes de las naturales barreras que pueden evitarlo (25).

Al mismo tiempo, se pretende fundamentar la gestión de riesgos en el modelo de la calidad de Donabedian (26) para identificar, evaluar y mitigar los daños o riesgos asociados con la calidad y seguridad de la atención (3). Por otra parte, la cultura de seguridad se argumenta en la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein, ya que permite comprender sobre los factores grupales e individuales que involucran a las creencias, actitudes y comportamientos que se relaciona a la toma de decisiones. (27)

1.4.2 Metodológica

La investigación se propone evaluar la relación entre variables mediante el diseño correlacional con enfoque cuantitativo, lo que facilita un conocimiento más realista y completa del impacto de la seguridad de atención en la salud. Los datos se obtuvieron utilizando el cuestionario “Safety Attitudes Questionnaire – SAQ versión corta” (28) y el cuestionario de gestión de riesgos sanitarios - AGRASS (29); estos instrumentos fueron adaptados y sometidos a validez y confiabilidad a fin de que proporcione información objetiva, generando evidencia científica y proporcionando una base sólida para demostrar que la investigación es relevante. Además, según algunas investigaciones el cuestionario SAQ tiene una mejor adaptación para evaluar CS en atención primaria (18,30 - 33). Mientras que el estudio de Rojas et al. Evidencia que el cuestionario de gestión de riesgos asistenciales -AGRASS es propicio para identificar y gestionar los EV asimismo muestra que es aplicable en la atención sanitaria para gestionar los riesgos (34)

1.4.3 Práctica

Se pretende adquirir relevancia por medio de los resultados que contribuyen a la gestión de calidad de los servicios de atención primaria debido a que genera conocimientos que ayuda a identificar riesgos, prevenir errores y eventos adversos, para promover atenciones seguras y confiables a fin reducir costos, responsabilidad legal (3). Por lo que a partir de los hallazgos se propuso alternativas

y recomendaciones que den solución a la problemática de los gerentes y administrativos de salud entorno a la SP a fin de que desarrollen e implementando programas, estrategias o medidas preventivas prácticas y efectivas en atención primaria beneficiando al usuario interno y externo.

1.5 Limitaciones de la investigación

Entre las dificultades para el desarrollo de la investigación se encontraron:

- Escasos estudios correlacionales sobre las variables a investigar en atención primaria de salud.
- La disponibilidad y acceso geográfico a la muestra de profesionales de la salud fue incierto debida lejanía de algunos Establecimientos, por lo que se limitó a trabajar con tres de las cinco Microrredes de Salud.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Li et al. (35), China el 2022, publicaron su investigación que tuvo como objetivo “Investigar la prevalencia de eventos adversos de enfermeras, gestión de riesgos y el estado de alerta temprana de riesgos y explorar los factores asociados con la gestión de riesgos”. Utilizaron un cuestionario en línea, realizado por 272 personas. En cuanto a los resultados se obtuvo que la gestión de riesgos es aceptable con una media de 4.72, la frecuencia de eventos adversos con gestión de riesgos (GR) se relacionan negativamente ($r_s = -0.208$ y $p < 0.01$). concluyen que la gestión de riesgos y las alertas de riesgos representan un desafío en la SP.

Moreira et al. (30), en Portugal en el año 2022, tuvieron como objetivo “caracterizar el clima de seguridad en la atención primaria de salud mediante el cuestionario de actitudes de seguridad (SAQ) y evaluar las asociaciones entre las puntuaciones y las características demográficas y profesionales”. Se llevó a cabo un estudio transversal mediante un cuestionario online, que tuvo como muestra a 649 (6.7%) de la población total. El 37.1% tiene entre 21-30 años, siendo en mayor número los médicos con un 35.4%, el 29% trabaja de 5 – 10 años, la media y mediana de las puntuaciones fueron 69.23 y 71.53 respectivamente. Concluyen que la media está por debajo considerándose déficit de seguridad, así como en las dimensiones percepción de dirección y condiciones de trabajo.

Acácio et al. (36) publicaron un estudio en Brasil en el 2022 para medir la percepción de la cultura de seguridad del paciente en el servicio de atención domiciliaria. El estudio utilizó la forma corta del cuestionario SAQ en 88 profesionales durante noviembre del 2018 a enero del 2019. Evidenciaron que el 90.9% eran mujeres, en su mayoría la muestra tiene estudio de posgrado, con

afinidad para el área donde laboran (97.7%); según dominios la satisfacción en el trabajo es positiva (87.55%) por otro lado los dominios de percepción de gestión y de estrés son negativas. Concluyéndose que la cultura de seguridad en mayor medida sus dimensiones estudiadas son negativas como valor final.

AlMaani et al. (31) desarrollaron su investigación en el 2021 en Arabia Saudita con la finalidad de explorar la actitud de la Cultura de seguridad hacia la seguridad del paciente en los centros de atención primaria. Para la recolección de datos se usó el instrumento SAQ en 344 trabajadores. Los resultados demuestran que las actitudes de seguridad fueron altas ($p < 0.05$) las correlaciones entre escalas varían entre 0.069-0.788 sin embargo todas son significativas ($p < 0.01$) con excepción del trabajo en equipo, satisfacción laboral, clima de seguridad, y percepción de gestión; concluyendo que los resultados arrojados contribuyen a la gestión de los centros de atención.

Carneiro et al (37) realizaron una investigación en Brasil el 2021 con el objetivo “comparar la percepción de la cultura de seguridad del paciente entre trabajadores de la salud en áreas críticas y no críticas”. Se empleó el cuestionario SAQ en 393 trabajadores. Los resultados evidenciaron una percepción negativa en las áreas críticas y no críticas (66.5%, 63.5% respectivamente), el 83% y 80.1% (las áreas críticas y no críticas) tiene una percepción positiva en la dimensión satisfacción laboral, la edad media es de 43.4 años, predominaron las técnicas de enfermería 43.2% y 50% (áreas críticas y no críticas). concluyen que no existe diferencia entre la CSP en áreas crítica y no críticas.

Khamaiseh et al (32) en Jordania el 2020 publicaron su investigación con el objetivo de “determinar las actitudes de las enfermeras con respecto a la cultura de seguridad del paciente en los centros de atención primaria de salud”. En el instrumento SAQ se recogieron datos a 644 enfermeras; de las que las condiciones y la satisfacción laborales son los dominios con actitud

positiva en CSP, 88 % de las enfermeras tienen una actitud positiva hacia su trabajo, 78.1% entre 11-15 años. Dan como conclusión que las enfermeras necesitan mejorar la CSP.

Lousada et al. (33), en Brasil realizaron un estudio en el 2020 para evaluar la cultura de seguridad en entornos de atención primaria y domiciliaria. Los 147 profesionales de salud de atención domiciliaria y de centros de atención que conforman la muestra utilizaron como cuestionario de Actitudes de seguridad (SAQ) evidenciando que la CS es negativa al alcanzar solo el 68.5%, la satisfacción laboral obtuvo un 80.4% siendo positivo y las dimensiones condición de trabajo (57.3%) y percepción de la gestión (57.9%) se puntúan bajo; concluyéndose que el personal de salud de atención domiciliaria tiene una puntuación alta en la variable estudiada.

Oliveira et al. (38), publicaron su estudio en Brasil en 2020 para verificar las percepciones del equipo de salud sobre cultura de seguridad del paciente en la atención domiciliaria. Los investigadores utilizaron el cuestionario SAQ en de 37 profesionales. Se obtuvo como resultado que el 91.9% presenta satisfacción laboral, pero baja en la percepción de la gestión con un 13.5%; el clima de seguridad presenta una correlación significativa con régimen de trabajo, carga de trabajo ($p=0.0001$ y 0.005 respectivamente) pero una correlación negativa con trabajo en equipo.

Kaya G. (39), realizo un estudio en Inglaterra el 2019 con el objetivo de “explorar la relación entre la gestión de riesgos y la cantidad de incidentes de seguridad del paciente experimentados en hospitales de agudos en el NHS de Inglaterra”. El estudio fue de tipo correlacional. Los resultados demuestran que unos promedios de 3751 notificaciones tienen un nivel bajo de gestión de riesgos, que a mayor gestión de riesgos aumenta las notificaciones de incidentes (coeficiente de correlación de 0.462), confirmando la relación positiva entre las variables estudiadas. Concluyen que a mejor gestión de riesgos mejor cultura de notificación de eventos.

Souza et al. (18) publicaron una investigación en Brasil en el año 2019 que evalúa la cultura de seguridad del paciente en atención primaria. El estudio conto con la participación de 349 trabajadores sanitarios que desarrollaron el cuestionario SAQ - AV brasileña, el cual tuvo como resultado que la CS general es negativo (7.0 ± 1.3) así como en las dimensiones trabajo en equipo (7.2 ± 2.0) condiciones de trabajo (5.0 ± 1.3), reconocimiento de estrés (6.3 ± 1.1) y gestión de la unidad (7.4 ± 2.1), pero positivo (8.2 ± 1.8) para la dimensión seguridad del paciente. Concluyeron que la CSP en APS es negativa predominando en las dimensiones condiciones de trabajo y error.

Nacionales

Suarez (40), el 2022 en Tumbes público su investigación con el propósito de determinar la relación entre cultura de seguridad y gestión de riesgos del paciente en enfermeras. El estudio fue cuantitativo- correlacional, estuvo conformado por 30 Enfermeras(os); se usó instrumentos adaptados por la autora. Se evidencia un vínculo positivo entre CSP y gestión de riesgos (GR) (Rho 0.757), y existe entre la GR y las dimensiones accesibilidad (Rho 0.702), competencias profesionales (Rho 0.770) y dirección (Rho 0.769) una relación significativamente positiva. La autora evidencia la correlación significativa entre las variables estudiadas y sus dimensiones.

Ojeda et al. (41) público el 2021 en Lima una investigación para evaluar la relación y características de las variables clima organizacional y cultura de seguridad. La muestra estuvo constituida por 53 enfermeros, se aplicó dos instrumentos clima laboral del Ministerio de Salud y el HSOPSC. En cuanto a los resultados se obtuvo que en su mayoría predomino el sexo femenino, las variables estudiadas tiene una correlación significativa (Rho 0.439, $p=0.001$). Mientras que las dimensiones liderazgo, identidad, comunicación organizacional, toma de decisiones, remuneración, motivación e innovación del clima laboral tuvieron una relación significativa con la CS (Rho 0.263-0.412) las dimensiones estructura, conflicto, confort y recompensa (Rho 0.186-

0.2.48) no son significativas, sin embargo, en la variable CS para la mayoría es positiva; concluyendo que la variable CS se correlaciona con el clima laboral y sus dimensiones.

Guerrero (42), Lima, el 2021, realizó su estudio que pretendió determinar la relación que existe entre la cultura de seguridad del paciente y la gestión de riesgo en enfermeras del servicio de hospitalización de una clínica privada. Se recolectó la información mediante dos cuestionarios adaptados por la autora a 50 enfermeras de una clínica privada. Se obtuvo como resultado que las variables presentan una correlación ($Rho\ 0.209$, $p=0.1.45$), 82% tiene la cultura de seguridad neutra y 92% una buena gestión del riesgo. Se concluyó que no existe relación entre las variables de estudio.

Arce (43), desarrollo su investigación en Cusco el 2021 para establecer la relación entre la aplicación de prácticas de bioseguridad y la cultura de seguridad del paciente. Se empleó 2 cuestionarios en 81 enfermeros, que demostraron que la práctica de bioseguridad es buena (76 %) y la cultura de seguridad es neutra, pero en la dimensión trabajo es equipo es negativo, pero el apoyo de coordinadores (73%) y administrativo (65 %) son positivos. Por lo que concluye que entre las variables estudiadas no existe una relación significativa, aceptándose la hipótesis nula.

Romero (44) realizó el 2021 un estudio en Lima para determinar la influencia del control interno en la gestión de riesgos en un establecimiento de salud. El estudio explicativo estuvo constituido por 50 directivos. En cuanto a los resultados, el control interno influye en la gestión de riesgos (0.582 , $p=0.001$), en su mayoría (54%) los directivos están en monitoreo de la variable control interno y en dimensiones, la gestión de riesgo regular (74%) y sus dimensiones.

Mosqueira (45) realizó en 2020 en Cajamarca una investigación para determinar la relación entre la evaluación de la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en emergencia de una IPRESS.

El estudio correlacional lo formaron 65 profesionales, se utilizaron dos cuestionarios con los que la mayoría (61.5 %) considera que la evaluación del riesgo es regular y la seguridad del paciente es alta (53.8%) concluyendo en relación significativa ($Rho= 0.624$ $p=0.000$) entre las variables de estudio.

Borneo (21) desarrollo su investigación el 2020 en Huánuco como el propósito de determinar la relación entre la cultura de seguridad del paciente en gestores y la seguridad del paciente. El estudio fue observacional prospectivo aplicado en 55 gestores. Utilizo el instrumento de Giménez, et al, para directores y gestores. La mayoría de los gestores presentaron una cultura de seguridad negativa (49.1%) y la seguridad del paciente es bajo (90.9%), se evidencio una correlación significativa ($Rho= 0.5$, $p=0.000$) entre las variables así mismo concluye que la CSP se relaciona con la SP de manera significativa.

Romani et al. (46) publicaron en 2020 en Lima su estudio que pretendía evaluar la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales médicos. La investigación aplicó el cuestionario AHRQ a una población conformada por 128 médicos, lo que resultó en que la seguridad del paciente en global es aceptable (64.1%) y, según dimensiones, los resultados son positivos, excepto por la dimensión dotación del personal, concluyendo que la CSP está en mejora.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Seguridad del paciente desde la perspectiva de la Gestión en Salud:

Para OMS, la seguridad del paciente (SP) se ha convertido en uno de los temas con más importancia a medida que el sistema de salud se ha vuelto más complicado ante el aumento de riesgos, errores y daños ocasionados por las atenciones, por ello tiene como objetivos la prevención y minimización de los errores y EV mediante una atención oportuna, equitativa, integrada y

eficiente (3). Sin embargo, el gran reto está en establecer acciones, estrategias e instrumentos adecuados para promover la SP durante asistencia sanitaria (47).

Ante lo anterior, la gestión en salud busca mejorar la eficacia y eficiencia del sistema sanitario, garantizando la seguridad y calidad de la atención mediante la planificación, organización, coordinación y control de recursos como procesos que favorezcan la implementación de estrategias, normas y políticas para prevenir y reducir los daños o errores a los pacientes (48).

Algunas de las acciones incluyen la gestión del riesgo, la promoción de la cultura de seguridad, evaluación y mejora continua, las políticas y procedimientos de seguridad, capacitación del personal como el uso de tecnología y sistema de información (49).

2.2.1.1. Teorías de Gestión

Entre los fundamentos teóricos, la teoría de sistema o enfoque sistémico de Bertalanffy, citado por Chiavenato (50) refiere que los componentes de un sistema se interconectan como un todo integrado pues cada sistema tiene el propósito de alcanzar una meta u objetivo. El sistema de salud al ser compleja puede actuar de forma impredecible (51), por ello los errores no se deben enfocar en las fallas individuales del personal únicamente, sino que se debe evaluar el entorno que permitió que ocurriera (52).

Lo anterior expuesto se explica mejor en el Modelo del queso suizo de Reason (Teoría del Error), que afirma que errar es parte de la naturaleza humana y por lo tanto no se puede evitar, pero es posible cambiar el entorno de trabajo para que sea más seguro al contar con métodos y sistemas más difíciles que contengan capas de protección y se evite daños (25). Según esta teoría los eventos adversos ocurren por una falla activa cometidas por la persona directamente y una de latencia que se debe por las decisiones de los líderes o por los procedimientos (51).

Asimismo, la Teoría Situacional (o contingencia) refiere que no hay una forma universal o única de gestionar una organización, sino que depende de características ambientales y situaciones (50). Así mismo sugiere que el desempeño del grupo depende de cómo los líderes deben adaptarse a las situaciones para tomar decisiones (53), pues la forma en que lo hagan afecta a su organización y su éxito se limita si solo estandarizan sus soluciones por ello deben buscar varias formas de administrar y resolver problemas (54)

2.2.2. Cultura de seguridad

La cultura de seguridad (CS) es un término usado últimamente y se conceptualiza como actitudes, ideas, competencias, creencias y percepciones que comparten la organización sobre la salud, riesgos, lesiones o accidentes (55). Este concepto surge por estudios de Organizaciones de alta confiabilidad que mantienen un compromiso máximo relacionado con la seguridad desde los primeros hasta los altos cargos (gerentes y ejecutivos) que buscan prevenir y reducir errores (56). La cultura de seguridad se vuelve más imperativo, ya que aplica tanto a profesionales como a individuos que pueden salir dañados por actividades propias de las funciones del personal. En este sentido la constante carga de conciencia de las organizaciones de salud como de vergüenza ha sido duramente criticada por obstaculizar la capacidad de aprender de los desaciertos y la responsabilidad de los errores clínicos. Hay actualmente un reconocimiento cada vez mayor de la necesidad de cambiar la cultura de organización de las atenciones sanitarias (57).

La “Agency for Healthcare Research and Quality (AHQR) (58) define a la cultura de seguridad como un elemento que reúne valores, comportamientos y diseños que deciden un compromiso, estilo o conducta en las instituciones a fin de mejorar su seguridad y bienestar. Sin embargo, cuando la CS es positiva en las organizaciones, la confianza y eficacia en las prevenciones favorecen la comunicación para favorecer la seguridad.

Crear una cultura de seguridad precisa de los líderes, gerentes y profesiones como de su compromiso debido a que entre los puntos a tomar en cuenta están: Ser consciente que existe riesgos e incidentes por lo que es importante aprender de ellos y no repetirlo; Ser conscientes de que todos los profesionales tienen la responsabilidad de minimizar los errores; El paciente cree que el peligro es insoportable; Facilitar la formación de expertos; Realizar la GR y análisis de errores desde un punto de vista sistemático; Fomente la denuncia de incidentes en un entorno no judicial Fomente el liderazgo del equipo y fomente el diálogo abierto para hablar y escuchar los problemas en cuestión; pues orienta a la organización a aumentar su seguridad (59).

Mientras tanto ante la creciente búsqueda de mejora surgen las herramientas de evaluación de CSP. Es así como los intentos de evaluar la CS se basan en una perspectiva psicológica idealista que puede incorporar y medirlo como creencias y prácticas. Estas características nos llevan a dimensionar y conceptualizar esta cultura; aunque diversas investigaciones nos han identificado 23 dimensiones para evaluar la CSP en 13 instrumentos, siendo el apoyo de dirección, liderazgo, trabajo en equipo, comunicación, aprendizaje organizacional, percepción global de seguridad y análisis de eventos adversos de las dimensiones más evaluadas (59,60).

Según Sexton et al. (28) la cultura de seguridad del paciente se dimensiona en 6 siendo estas:

- **Clima del trabajo en equipo:** es la percepción de cooperación entre el personal.
- **Clima de seguridad:** es la percepción entorno al compromiso y proactividad de la seguridad.
- **Satisfacción laboral:** es la percepción favorable de la experiencia laboral.
- **Reconocimiento del estrés:** es la percepción de los factores que incluyen en la productividad del personal.
- **Percepción de la gestión:** es la impresión aprobatoria de la acción gerencial.

- **Condiciones del trabajo:** es la percepción de la calidad de ambiente laboral y apoyo logístico.

El análisis de la cultura de salud de un sistema de atención al paciente es la base para implementar y nutrir el valor de salud de una organización en un área de potencial de mejora continua y oportunidades que posibilita estrategias de intervención con enfoque a una atención segura y calidad a fin de mermar las secuelas de los eventos adversos (EA). A medida que los objetivos de seguridad se vuelven importantes en las instituciones sanitarias, la cultura es más eficiente (57).

2.2.2.1. Teorías de la cultura de seguridad del paciente

La Teoría de Acción razonada de Fishbein y Ajzen, citado por León et al. (61), explica como la conducta está definida por los factores personales, sociales y/o culturales pero la intención para realizar una acción dependerá de las actitudes (creencias y percepción) y de las normas subjetivas (creencias grupales y motivación). Esta intención conductual surge para alcanzar un resultado específico (62). Por otro lado, también se cuenta con la teoría de Tajfel sobre la identidad social, citado por Scandroglio et al (63) la cual refiere que el sentido de pertenencia que tiene una persona hacia un grupo contribuye en su identidad personal. Se amplifica en la teoría en la teoría de Autocategorización del yo, las personas se perciben en categorías estereotipados por sus características sociales.

2.2.3. Gestión de riesgos

La gestión de riesgos (GR) constituye un protocolo secuencial y organizado para detectar, medir, evaluar y solucionar los daños, por lo cual es necesario que todos los colaboradores de una organización participen a fin minimizar o evitar los incidentes (64). Por otro lado, son actividades cuya finalidad se centra en manejar el riesgo con el propósito de minimizar las probabilidades de

amenazas y los impactos (65). Según el Ministerio de Salud son acciones de coordinación para dirigir y controlar los riesgos en las organizaciones (66).

En el sector salud la gestión de riesgos ha surgido en las últimas décadas debido a las responsabilidades de la práctica sanitaria a causa de los errores que se expone el personal sanitario como los pacientes. Para Martínez y Ruiz (67), representa actividades que buscan eliminar las posibilidades de daño o error mediante la evaluación preventiva de las consecuencias no deseables en los costos sostenibles ante los actos o el resultado de esos actos.

La gestión de riesgos al ser una herramienta amplia es de responsabilidad gerencial, según Guerra et al. (68) es de función administrativa debido a que cumple actividades estratégicas y operativas como de identificación y seguimiento. Para Coronado et al. (69) es de un enfoque proactivo que ayuda a prevenir incidentes y tomar medidas para proteger la SP, por lo que es importante para crear un ambiente seguro y saludable en función a las estrategias de seguridad. Martínez (68) sostiene que es un método utilizado en los servicios sanitarios para mejorar la calidad y seguridad de los usuarios internos y externos.

Según Gama et al. (29-71) la gestión de riesgos se dimensiona en:

- **Dimensión 1: Estructura**, son los recursos o las acciones de la organización que influyen en la gestión.
- **Dimensión 2: Procesos**, constituye las acciones interrelacionadas de atención en la gestión.

Ante lo anterior expuesto, la GR en salud se basa en una herramienta gerencial que se plantea como estrategia para aprender del error y mejorar para evitar la continuidad de la misma por los servicios que brindan las instituciones de salud (proceso, producto y usuarios) figuran como gestor de riesgos; por lo que es imprescindible que las organizaciones sanitarias se dediquen a desarrollar

la gestión de riesgos, en el abordaje de errores para garantizar la SP y profesionales, pues la gestión proactiva y la medidas de reducción de probabilidades de error también reduce los reclamos (29,34,71).

2.2.3.1. Teoría de gestión de riesgos

El principio teórico de GR es el modelo de calidad de Donabedian, citado por Torres et al. (72) la cual evalúa la calidad en la atención en salud, a través de tres dimensiones y sus indicadores; la estructura da una idea de los recursos de los procesos y sistemas, el proceso consiste en las actividades generales o particulares que se realizan para las mejoras o mantenimiento de la atención en salud y su entorno; y por último el resultado aportando datos que muestran las ventajas o impacto de dejan las atenciones sanitarias.

2.2.4. Gestión de Riesgos y cultura de seguridad del paciente

El estudio de Suarez (40) demuestra que entre estas variables (CSP y GR) existe una relación significativa, es decir que al tener una óptima CSP se obtiene una adecuada GR. Sustenta su investigación en teorías que humaniza al profesional de salud desde un punto de vista holístico y ve a las instituciones desde una perspectiva estructural donde la organización y el colaborador se relacionan para mejoras de la atención.

Sin embargo, la investigación de Guerrero (42) muestra que la CSP y GR no tiene una relación estadísticamente significativa, lo que se traduce en que si la GR es buen la CSP es mala. Pero sostiene que comparten propósitos similares en beneficio del usuario. En cambio, Mosqueira (45) afirma la correlación significativa de la evaluación de GR y la SP evidenciado que por separado son regulares en relación con la seguridad de atención.

Por otro lado, Euteneier (73) sostiene que tanto la gestión de riesgos como la cultura de seguridad son importante en la implementación de medidas preventivas para minimizar los riesgos relacionado a la atención sanitaria. Pero una mala gestión o la falta de compromiso de los lideres de la organización puede comprometer las inversiones realizadas en las áreas (65).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

- **H₁:** Existe relación entre la cultura de seguridad y gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

H₀: No existe relación entre la cultura de seguridad y gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

2.3.2 Hipótesis específicas

- **Hipótesis específica 1**

H₁: Existe relación entre el clima de trabajo en equipo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

- **Hipótesis específica 2**

H₁: Existe relación entre el clima de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

- **Hipótesis específica 3**

H₁: Existe relación entre la satisfacción laboral y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

- **Hipótesis específica 4**

H₁: Existe relación entre el reconocimiento del estrés y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

- **Hipótesis específica 5**

H₁: Existe relación entre la percepción de la gestión y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

- **Hipótesis específica 6**

H₁: Existe relación entre las condiciones de trabajo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

El método empleado fue el hipotético deductivo debido a que se formuló y comprobó la hipótesis planteada. Para Behar (74), este método busca probar la verdad o falsedad de una hipótesis basándose en la verificación del enunciado que necesita ser determinado.

3.2. Enfoque investigativo

El estudio fue de enfoque cuantitativo ya que mide las variables de estudios; al respecto Hernández et al. (75) sostiene que este enfoque recoge información para comprobar la hipótesis basado en patrones de análisis estadísticos de medición.

3.3. Tipo de investigación

Se empleo el estudio de tipo aplicado porque genera conocimiento y soluciones reales. Según Arispe et al. (76), esta investigación identifica nuevos conocimientos mediante medios y teorías que contribuyan a dar solución a un problema.

El alcance fue correlacional debido a que se estudia dos variables. Para Ramos (77), este tipo de alcance es importante la hipótesis que relaciones con diversas variables (2 o más).

3.4. Diseño de la investigación

El estudio fue de diseño no experimental de corte transversal ya que la información se recolecto en un solo momento sin alterar las variables. Según Hernández et al. (75) no se manipula ninguna de las variables y los fenómenos se observan en su contexto natural, un solo momento.

3.5. Población, muestra y muestreo

Población: Se conformo por 186 profesionales de la salud que realicen labor asistencial y/o administrativo de la Red de Salud Ayacucho Norte pertenecientes a establecimiento de salud de

primer nivel (78). Según López (79) la población representa un grupo de personas o cosas que se desea investigar.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

- Profesional de la salud que labore en la Red de Salud.
- Profesional de la salud asistencial y/o administrativo.
- Profesional de la salud nombrado, contratado CAS, Locación de servicio y SERUMS.

Exclusión:

- Profesional de la salud que labore menos de 3 meses en la Red de Salud.
- Profesional de la salud que se encuentren de vacaciones y de licencia.

Cálculo del tamaño de muestra:

$$n = \frac{186 * 1.96^2 * 0.5 * (1 - 0.5)}{0.05^2 * (186 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * (1 - 0.5)}$$

$$n = \frac{178.6344}{1.4229}$$

$$n = 125.54$$

Siendo:

n: Muestra

Z: Constante =1.96

p: Probabilidad que se presente el evento=0.5

q: 1 - P = (1-0.5)

N: Población total=264

e: Error= 0.05

Número de muestra final (n): 126 trabajadores.

Muestreo: No probabilístico por conveniencia. Para Hernández et al. (75) los elementos a estudiar dependen de la decisión del investigador.

3.6. Variables y operacionalización

Tabla 1. Operacionalización de la variable cultura de seguridad

Variab les	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Niveles y Rangos (Valor final)
Cultura de seguridad	Conjunto de normas, comportamientos, creencias, valores dentro de una organización de salud.	Cuestionario SAQ - versión corta de 36 ítems mide la percepción de los profesionales sanitarios en relación con la cultura de seguridad.	Clima de trabajo en equipo	Relaciones entre compañeros Comunicación	Ordinal	Baremo de la escala valorativa: Positiva: 131- 180 Negativa: 36-130
			Clima de seguridad	Seguridad del paciente Comunicación y aprendizaje en seguridad		
			Satisfacción laboral	Satisfacción y condiciones de bienestar		
			Reconocimiento del estrés	Reconocimiento sobre la carga laboral		
			Percepción de la gestión	Capacidad de la gestión Seguridad del ambiente laboral		
			Condiciones de trabajo	Capacidad de gestionar a las personas		

Tabla 2. Operacionalización de la variable gestión de riesgos

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala de medición	Niveles y Rangos (Valor final)
Gestión de riesgos	Conjunto de procesos secuenciales que garantizan el dominio y control de situaciones que de minimizar o evitar los riesgos.	Cuestionario AGRASS con 40 ítems que se dividen en 12 ítems para la dimensión estructura y 28 ítems para dimensión proceso.	Estructura	Conciencia Responsabilidad Capacidad Promoción de la cultura de seguridad	Nominal	Baremo de la escala valorativa: Positiva:22-40 Negativa:0- 21
			Proceso	Identificación del riesgo Análisis de la evaluación de riesgo Tratamiento de los riesgos Comunicación de los riesgos Integración de los procesos de gestión de riesgo		

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se empleo como técnica la encuesta y se utilizó dos cuestionarios validados para la medición de las variables. Según Arispe et al, (76) consisten en acciones que facilita al investigador la obtención de los datos que facilitaran alcanzar los objetivos y comprobar las hipótesis.

3.7.2. Descripción

3.7.2.1. Instrumento para la variable Cultura de seguridad del paciente, elaborado por Sexton et al. (28,80)

Nombre del instrumento: Safety Attitudes Questionnaire- SAQ- Versión Corta

Año de publicación: 2006

País de publicación: Estados Unidos de América

Nombre de revista o tesis donde se publicó: BMC Health Services Research.

Población donde se aplicó: 10843 profesionales de 203 áreas clínicas de EE. UU, Reino Unido, Nueva Zelanda (28).

Momento: El instrumento inicial consta de 60 ítems, pero un análisis factorial riguroso considera 31 ítems como modelo final.

Lugar: UCI, centro quirúrgico. hospitalización, área ambularías.

Validez: Análisis factorial multinivel.

Fiabilidad: Coeficiente ρ de Raykov con una fiabilidad de 0.90.

Tiempo de llenado: 10-15 min.

Número de ítems: 36 ítems (80)

Dimensiones: Clima de trabajo en equipo (1-6), Clima de seguridad (7-13), Satisfacción laboral (15-19), reconocimiento del estrés (20-23), percepción de la gestión (24-28) y

condiciones de trabajo (29-32) Los ítems 14,33-36 no son parte de las dimensiones, pero los autores lo consideran en la versión corta (28,80).

Alternativas de respuesta: Totalmente en desacuerdo-1, ligeramente en desacuerdo-2, neutral-3, ligeramente de acuerdo-4 y totalmente de acuerdo-5.

Baremos (niveles, grados) de la variable: Positivo y negativo. Se calcula en base a percentiles considerando como negativo un percentil <75 y positivo un percentil >=75.

Tabla 3. Baremos de la variable cultura de seguridad

	Variable	Dimensión 1	Dimensión 2	Dimensión 3	Dimensión 4	Dimensión 5	Dimensión 6
	Cultura de seguridad	Clima de trabajo en equipo	Clima de seguridad	Satisfacción laboral	Reconocimiento del estrés	Percepción de la gestión	Condiciones de trabajo
Positiva	131-180	22-30	25-35	21-25	15-20	19-25	15-20
Negativa	36-130	6-21	7-24	5-20	4-14	5-18	4-14

Fuente: Elaboración propia

3.7.2.2. Instrumento para la variable Gestión de riesgos laborado por Gama et al. (29,71,81,82)

Nombre del instrumento: Cuestionario AGRASS

Año de publicación: 2020

País de publicación: Brasil

Nombre de revista o tesis donde se publicó: Revista de salud pública (29).

Población donde se aplicó: 120 técnicos de vigilancia sanitaria y profesionales de la salud.

Momento: Surge en el 2017 como material conceptual de la inspección de buenas prácticas de gestión de riesgos en los servicios de salud (70).

Lugar: Hospitales de unidades intensivos de Brasil.

Validez: Técnica Delphi 21, en 74 profesionales, el instrumento es válido y apropiado para las dos dimensiones.

Fiabilidad: Análisis de confiabilidad mediante Alfa de Cronbach de 0.935.

Tiempo de llenado: 10-15min.

Número de ítems: 40 ítems.

Dimensiones: Estructura (1-12) y Proceso (13-40).

Alternativas de respuesta: Sí y no.

Baremos (niveles, grados) de la variable: Positivo y negativo. Se calcula en base a percentiles considerando como negativo un percentil <75 y positivo un percentil ≥ 75 .

Tabla 4. Baremos de la variable gestión de riesgos

	Variable	Dimensión 1	Dimensión 2
	Gestión de Estructura Riesgos	Estructura	Proceso
Positiva	22-40	7-12	16-28
Negativa	0-21	0-6	0-15

Fuente: elaboración propia

3.7.3. Validación

Se siguió las indicaciones de la Universidad para validar el instrumento y garantizar la representatividad de la población a estudiar. Se utilizó los instrumentos, cuya validación original se explica en el apartado 3.7.2.

Para asegurar que se usó lo que se menciona en este proyecto, se realizó los siguientes pasos de validación:

- a) **Validación de contenido:** Se realizó mediante un comité de 5 jueces expertos profesionales con grado de Doctorado y/o Magister para validar los dos cuestionarios. (Anexo 3). Debido a que se trata a una validez de contenido se realiza el cálculo de V de Aiken, obteniendo un valor de 1.00 siendo perfecto (Anexo 3.2); Según Robles (83) el

coeficiente de V de Aiken mide la relevancia de los ítems mediante un método de dominio de contenido a partir de la valoración de expertos.

Tabla 5. Validación de contenido por jueces expertos

N°	Jueces	Maestría o doctorado	Resultados
1	Mg. Mónica Ponce de león	Maestría en Salud Publica.	Aplicable
2	Mg. Hilda Rodríguez	Maestría en Gerencia en Salud.	Aplicable
3	Dra. Anika Remuzgo	Maestría en Docencia e investigación en Salud /Doctorado en Enfermería.	Aplicable
4	Dra. Anabel Aguayo	Doctorado en Administración en Salud	Aplicable
5	Dr. Andrey Sindeev	Doctorado en Gestión en Salud	Aplicable

Fuente: elaboración propia

3.7.4. Confiabilidad

Para la fiabilidad se aplicó una prueba piloto en 53 profesionales de la salud que laboran en atención primaria de salud, con los resultados se realizó el cálculo del alfa de Cronbach para asegurar la representatividad en el grupo de estudio.

Tabla 6. Confiabilidad de instrumentos

Variables	Alfa de Cronbach	ítems
Cultura de seguridad	0.974	36
Gestión de riesgos	0.956	40

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Para la redacción y elaboración de la base de datos se usó Microsoft office (Word y Excel) y el programa SPSS versión 25. Al recoger datos se captó a los trabajadores de la Red de Salud mediante cuestionario físico, que contó con el consentimiento informado y en él se expuso los objetivos del estudio. La estadística descriptiva de frecuencia y de tendencia central se usó para

los datos estadísticos, así como la estadística inferencial previa evaluación de la distribución de datos con prueba de K-S de acuerdo con ello se determinó al coeficiente de rho de Spearman como la prueba no paramétrica, considerando 0.05 como nivel de significancia.

3.9. Aspectos éticos

Se siguió los estándares éticos, así como las normas internacionales y nacionales de investigación en humanos. Para obtener la autorización de la recolección de datos, se presentó la documentación necesaria en la Red de salud a fin de acceder a toda la población posible. Para lograr los objetivos se utilizó instrumentos validados y confiables. El proyecto fue aprobado por la Red de Salud Ayacucho Norte y el comité de ética de la Universidad Norbeth Wiener.

Para garantizar la investigación se cumplió con la protección de la privacidad de datos de los participantes a fin de asegurar la confidencialidad. Se primó el respeto, por ello, se aplicó el consentimiento informado y los participantes se retiraron de la investigación cuando consideraron necesario, cumpliendo con el principio de autonomía. Se cumplió con la seguridad y bienestar de los participantes minimizando riesgos y daños durante el estudio cumpliendo con los aspectos éticos de beneficencia y no maleficencia. Prevalció la veracidad durante toda la investigación se evitó la manipulación de la información.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

Tabla 7. Características generales de los participantes (N= 130)

Características	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	91	70.0%
Masculino	39	30.0%
Edad (años)		
18 - 29	34	26.2%
30 - 39	58	44.6%
40 - 49	23	17.7%
50 - 59	15	11.5%
Profesión		
Medico	11	8.5%
Enfermera (o)	36	27.7%
Obstetra	19	14.6%
Odontóloga (o)	7	5.4%
Psicóloga (o)	15	11.5%
Químico Farmacéutica (o)	5	3.8%
Biólogo (o)	9	6.9%
Técnico de Enfermería	20	15.4%
Otros:	8	6.2%
Tiempo de servicio		
3- 11 meses	47	36.4%
1 – 4 años	32	24.6%
5 – 9 años	22	16.9%
10 - 15 años	15	11.5%
16 - 20 años	7	5.4%
> 21 años	7	5.4%
Condición laboral		
Nombrada (o)	38	29.2%
CAS	49	37.7%
SERUMS	38	29.2%
Locación de servicio / Terceros	5	3.8%
Tipo de labor		
Profesional Asistencial	126	96.9%
Profesional Administrativo	4	3.1%

Fuente: Elaboración propia

Se encuestaron a 130 profesionales de la salud que laboran en establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud Ayacucho Norte. En la tabla 7, se evidencia que el 70% fueron del sexo femenino, predominando en un 44.6% las edades comprendidas entre 30-39 años cumplidos, el 27.7 % fueron enfermeras (os), 36.2 % tiene un tiempo de servicio entre 3-11 meses, 29.2 % pertenecían a la condición laboral Nombrada así mismo el 29.2% fueron SERUMS y finalmente, el 96.9 % son profesionales asistenciales.

Tabla 8. Nivel de valoración de la cultura de seguridad y sus dimensiones.

Variable y sus dimensiones		Frecuencia	Porcentaje
Cultura de seguridad	Negativa	97	74.6%
	Positiva	33	25.4%
Clima del trabajo en equipo	Negativa	95	73.1%
	Positiva	35	26.9%
Clima de seguridad	Negativa	90	69.2%
	Positiva	40	30.8%
Satisfacción laboral	Negativa	89	68.5%
	Positiva	41	31.5%
Reconocimiento del estrés	Negativa	85	65.4%
	Positiva	45	34.6%
Percepción de la gestión	Negativa	95	73.1%
	Positiva	35	26.9%
Condiciones del trabajo	Negativa	91	70.0%
	Positiva	39	30.0%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 8, se aprecia que un 74.6% presenta una cultura de seguridad negativa, siendo semejante el nivel en las dimensiones clima de trabajo en equipo (73.1%), clima de seguridad (69.2%), satisfacción laboral (68.5%), reconocimiento del estrés (65.4%), percepción de la gestión (73.1%) y condiciones de trabajo (70%). Solo el 25.4% presenta una cultura de seguridad positiva.

Tabla 9. Nivel de valoración de la gestión de riesgos y sus dimensiones.

Variable y sus dimensiones		Frecuencia	Porcentaje
Gestión de riesgos	Negativa	97	74.6%
	Positiva	33	25.4%
Estructura	Negativa	92	70.8%
	Positiva	38	29.2%
Proceso	Negativa	95	73.1%
	Positiva	35	26.9%

Fuente: Elaboración propia

Como se observa en la Tabla 9, la gestión de riesgos de los profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel es negativa en un 74.6%, al igual que en las dimensiones estructura (70.8%) y proceso (73.1%). Solo el 25.4% presenta una gestión de riesgo positiva.

4.1.2. Prueba de hipótesis

4.1.2.1. Prueba de normalidad

Para el análisis de la prueba de normalidad, se utilizó el estadístico Kolmogorov- Smirnov, donde:

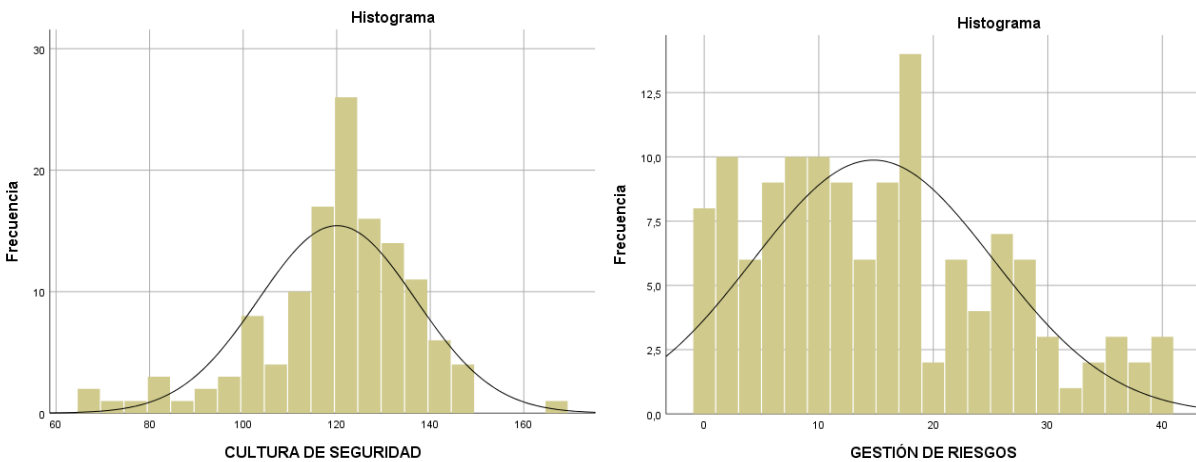
$p > 0.05$: Las variables presentan una distribución normal.

$p < 0.05$: las variables no siguen una distribución normal

Tabla 10. Prueba de normalidad de Kolmogorov- Smirnov para Cultura de seguridad y gestión de riesgos

Prueba de normalidad			
Kolmogórov-Smirnov			
	Estadístico	gl	Sig.
Cultura de seguridad	,120	130	,000
Gestión de riesgos	,086	130	,019

Figura 1. Histograma con la curva de la distribución normal



Como se observa en la Tabla 10 y Figura 1, no hay una distribución normal ($p < 0.05$) para las variables cultura de seguridad y gestión de riesgos, por tal motivo se utilizó la estadística no paramétrica, específicamente la prueba de rho de Spearman para comprobar la hipótesis.

4.1.2.2. Prueba de hipótesis General

Hipótesis estadística

H₁: Existe relación entre la cultura de seguridad y gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención.

H₀: No existe relación entre la cultura de seguridad y gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención.

Nivel de significancia: 95% (p= 0.05)

Estadístico de prueba: Coeficiente de Spearman

Regla de decisión: “Si $p < 0.05$ = se impugna la hipótesis H₀”

“Si $p > 0.05$ = se admite la hipótesis H₀”

Prueba estadística

Tabla 11. Prueba de hipótesis entre Cultura de seguridad y gestión de riesgos.

Cultura de seguridad y gestión de riesgos	Coefficiente de correlación	Sig. (Bilateral)	N.º de casos
Rho de Spearman	,220*	,012	130

Fuente: Elaboración propia.

Toma de decisión

Se evidencia en la Tabla 11, que el coeficiente de Spearman obtenido fue de 0.220 lo que nos indica que una relación positiva baja. Así mismo el grado de significancia fue de 0.012, en ese sentido se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo que al 95 % de confianza, podemos afirmar que existe relación entre la cultura de seguridad y gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

4.1.2.3. Prueba de hipótesis específicas

➤ Prueba de hipótesis específica 1:

Hipótesis estadísticas

H₁: Existe relación entre el clima de trabajo en equipo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención.

H₀: No existe relación entre el clima de trabajo en equipo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención.

Nivel de significancia: 95% ($p= 0.05$)

Estadístico de prueba: Coeficiente de Spearman

Regla de decisión: Si $p < 0.05 =$ se impugna la hipótesis H₀”

“Si $p > 0.05 =$ se admite la hipótesis H₀”

Prueba estadística

Tabla 12. Prueba de hipótesis entre el clima de trabajo en equipo y gestión de riesgos.

Clima de trabajo en equipo y gestión de riesgos	Coeficiente de correlación	Sig. (Bilateral)	N.º de casos
Rho de Spearman	,206*	,019	130

Fuente: Elaboración propia.

Toma de decisión

En la Tabla 12. Se evidencia la relación positiva baja ($Rho=0.206$) y significativa ($p=0.019$). En ese sentido se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo que al 95 % de confianza, podemos afirmar que existe relación entre clima de trabajo en equipo y gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

➤ **Prueba de hipótesis específica 2:**

Hipótesis estadística

H₁: Existe relación entre el clima de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención.

H₀: No existe relación entre el clima de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención.

Nivel de significancia: 95% ($p= 0.05$)

Estadístico de prueba: Coeficiente de Spearman

Regla de decisión: Si $p < 0.05 =$ se impugna la hipótesis H₀”

“Si $p > 0.05 =$ se admite la hipótesis H₀”

Prueba estadística

Tabla 13. Prueba de hipótesis entre el clima de seguridad y la gestión de riesgos.

Clima de seguridad y gestión de riesgos	Coeficiente de correlación	Sig. (Bilateral)	N.º de casos
Rho de Spearman	,234**	,007	130

Fuente: Elaboración propia.

Toma de decisión

En la Tabla 13. Se evidencia el coeficiente de Spearman entre el clima de seguridad y la gestión de riesgos obtenido fue de 0.234 lo que nos indica que una relación positiva baja. Así mismo el grado de significancia fue de 0.007 ($p < 0.05$), en ese sentido se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo que al 95 % de confianza, podemos afirmar que existe relación entre clima de seguridad y gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

➤ **Prueba de hipótesis específica 3:**

Hipótesis estadística

H₁: Existe relación entre la satisfacción laboral y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención.

H₀: No existe relación entre la satisfacción laboral y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención.

Nivel de significancia: 95% (p= 0.05)

Estadístico de prueba: Coeficiente de Spearman

Regla de decisión: Si $p < 0.05 =$ se impugna la hipótesis H₀”

“Si $p > 0.05 =$ se admite la hipótesis H₀”

Prueba estadística

Tabla 14. Prueba de hipótesis entre satisfacción laboral y gestión de riesgos.

Satisfacción laboral y gestión de riesgos	Coeficiente de correlación	Sig. (Bilateral)	N.º de casos
Rho de Spearman	,113	,202	130

Fuente: Elaboración propia.

Toma de decisión

En la Tabla 14. Se evidencia el coeficiente de Spearman de 0.113 y un grado de significancia de 0.202 ($p > 0.05$), en ese sentido se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. Por lo que al 95 % de confianza, podemos afirmar que no existe relación entre las variables satisfacción laboral y gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

➤ **Prueba de hipótesis específica 4:**

Hipótesis estadística

H₁: Existe relación entre el reconocimiento del estrés y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención.

H₀: No existe relación entre el reconocimiento del estrés y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención.

Nivel de significancia: 95% ($p= 0.05$)

Estadístico de prueba: Coeficiente de Spearman

Regla de decisión: Si $p < 0.05 =$ se impugna la hipótesis H₀”

“Si $p > 0.05 =$ se admite la hipótesis H₀”

Prueba estadística

Tabla 15. Prueba de hipótesis entre reconocimiento del estrés y gestión de riesgos.

Reconocimiento del estrés y gestión de riesgos	Coeficiente de correlación	Sig. (Bilateral)	N.º de casos
Rho de Spearman	-0,121	,171	130

Fuente: Elaboración propia.

Toma de decisión

En la Tabla 15. Se evidencia el coeficiente de Spearman de - 0.121 y un grado de significancia de 0.171 ($p > 0.05$), en ese sentido se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula. Por lo que al 95 % de confianza, podemos afirmar que no existe relación entre las variables reconocimiento del estrés y gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

➤ **Prueba de hipótesis específica 5:**

Hipótesis estadística

H₁: Existe relación entre la percepción de la gestión y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención.

H₀: No existe relación entre la percepción de la gestión y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención.

Nivel de significancia: 95% ($p= 0.05$)

Estadístico de prueba: Coeficiente de Spearman

Regla de decisión: Si $p < 0.05 =$ se impugna la hipótesis H₀”

“Si $p > 0.05 =$ se admite la hipótesis H₀”

Prueba estadística

Tabla 16. Prueba de hipótesis entre percepción de la gestión y gestión de riesgos.

Percepción de la gestión y gestión de riesgos	Coeficiente de correlación	Sig. (Bilateral)	N.º de casos
Rho de Spearman	,199	,023	130

Fuente: Elaboración propia.

Toma de decisión

En la Tabla 16. Se evidencia el coeficiente de Spearman entre la percepción de la gestión y la gestión de riesgos obtenido fue de 0.199 lo que nos indica que una relación positiva muy baja. Así mismo el grado de significancia fue de 0.023 ($p < 0.05$), en ese sentido se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo que al 95 % de confianza, podemos afirmar que existe relación entre la percepción de la gestión y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho-Perú, 2023.

➤ **Prueba de hipótesis específica 6:**

Hipótesis estadística

H₁: Existe relación entre las condiciones de trabajo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención.

H₀: No existe relación entre las condiciones de trabajo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención.

Nivel de significancia: 95% ($p= 0.05$)

Estadístico de prueba: Coeficiente de Spearman

Regla de decisión: Si $p < 0.05 =$ se impugna la hipótesis H_0 ”

“Si $p > 0.05 =$ se admite la hipótesis H_0 ”

Prueba estadística

Tabla 17. Prueba de hipótesis entre condiciones de trabajo y gestión de riesgos.

Condiciones de trabajo y gestión de riesgos	Coeficiente de correlación	Sig. (Bilateral)	N.º de casos
Rho de Spearman	,207	,018	130

Fuente: Elaboración propia.

Toma de decisión

En la Tabla 17. Se evidencia la relación positiva baja ($\rho=0.207$) y significativa (0.018). En ese sentido se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo que al 95 % de confianza, podemos afirmar que existe relación entre las condiciones de trabajo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023.

4.1.3. Discusión de resultados

El objetivo principal de este trabajo de investigación fue determinar la relación entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, en base a ello la teoría de sistema, concepción de Bertalanffy señala que los elementos de cada individuo o institución influyen como un todo para alcanzar un objetivo en común o afectándolos (50-52). Mientras que la Teoría de Reason nos dice que los eventos adversos o daños surgen a partir de la combinación entre los errores de las personas y las fallas en la gestión (25).

A partir de los hallazgos, el contraste de hipótesis general evidencio el vínculo significativo entre la cultura de seguridad y gestión de riesgos. Este resultado coincide con Kaya (39) pues concluye que, a mayor gestión de riesgos en los hospitales de cuidados intensivos de Inglaterra mejor cultura en términos de notificación de incidentes. Así mismo Simsekler (84) en su investigación cualitativa sostiene que la CS se relaciona con la identificación de riesgos. De forma similar Lee (85) concluye que la GR interviene en el desempeño de las organizaciones de salud mediante su cultura organizacional. Por su parte He et al (86), en su investigación realizado en un hogar de ancianos sostienen que la CS se correlaciona de manera negativa con los obstáculos para la notificación de eventos adversos.

A nivel local algunos estudios (40,45,87-89) a nivel hospitalario demostraron que la gestión de riesgos se relaciona positiva y significativamente con la cultura de seguridad. Ahora bien, lo anteriormente expuesto difiere con la investigación de Guerrero (42) y Banchón (90) pues sostienen que no existe relación entre las variables en el área de hospitalización de una clínica y hospital privada de Lima y Guayaquil respectivamente.

Estos estudios exponen al fenómeno en ambientes hospitalarios en su mayoría; al respecto la Teoría situacional, nos dice que dentro de las instituciones no existe una sola forma de organizarse por lo que como las personas se adaptan a las situaciones puede favorecer o afectar a la organización (50,54). En ese sentido, la mayoría de las investigaciones exponen que las actitudes, valores, creencias y comportamientos que presentan los profesionales de la salud guardan relación con las acciones estratégicas y operativas para minimizar o evitar incidentes y errores a partir de las atenciones sanitarias.

En relación con el primer objetivo específica, se encontró una relación positiva significativa entre clima de trabajo en equipo y gestión de riesgos. Este resultado refuerza lo encontrado por Abuosi et al (91), quienes evidenciaron que el trabajo en equipo se relaciona significativamente con la frecuencia de notificación de eventos adversos en centros de salud abarcando los tres niveles de atención. Por el contrario, Kaya et al (92) demuestra que mientras el clima en trabajo en equipo sea favorable las notificaciones de incidentes u el grado de seguridad en hospitales disminuirán. Así mismo He et al (86), indica una relación negativa entre el trabajo en equipo y el obstáculo entre las notificaciones de EA en residencias de ancianos. A pesar de que la relación entre los estudios difiere, en cada contexto evidencian la vinculación entre el clima de trabajo y las notificaciones ya que esta última es parte de la gestión de riesgos sanitarios.

La teoría de Tajfel, sobre identidad social (62) nos indica que el sentido de pertenencia de una persona a un grupo aporta habilidades, actitudes y conocimiento influyendo en el comportamiento del equipo para alcance una meta. Por lo que respecta al clima de trabajo en equipo en establecimientos de primer nivel de atención se presentó de forma negativa (73.1%), situación que es contradictorio las investigaciones realizadas en Eslovenia (1), Brasil (7, 18,33,36,38), Kuwait (12), Portugal (30) y Arabia Saudita (31) las cuales demuestran que la colaboración entre los

trabajadores es positiva. Por lo que el trabajo en equipo influye en el éxito de las organizaciones maximizando sus fortalezas y minimizando los daños o debilidades, pero si se presenta de manera negativa afecta el desarrollo de las organizaciones.

En cuanto al segundo objetivo específico, se evidencio la existencia de relación entre clima de seguridad y gestión de riesgos. No se evidencio la relación de las variables en otros estudios como tal, pero la investigación de Kaya et al, indica que a mayor clima de seguridad mayor son las notificaciones de incidentes entre el personal de salud de 6 hospitales de Turquía (92). Mientras que para Li et al (35), sostiene que la gestión de seguridad se relaciona positiva y significativamente con la gestión de riesgos en un centro de adulto mayor en China. Al respecto Fishbein y Ajzen (61) en su modelo teórico sostienen que la intención de la persona por tener un comportamiento adecuado parte ante su necesidad de adquirir una conducta saludable basándose en las actitudes del mismo y la norma subjetiva, Ahora bien, el clima de seguridad se presenta como negativa en la presente investigación (69.2%), situación que es similar a otras investigaciones a nivel de atención primaria (30,31,33,38) pero contradice a lo planteado por de Souza (18) y Acásio (36) donde la percepción en relación a la seguridad es adecuada en servicio de APS y Domiciliario en diferentes estados de Brasil. La percepción que tome el profesional de la salud contribuye en el desarrollo de una conducta ya sean estas seguras o inseguras por lo que las instituciones de salud deben enfocarse en la prevención de riesgos.

A los que respecta al tercer objetivo específico, se encontró que no existe relación significativa entre la satisfacción laboral y la gestión de riesgos. Sin embargo, Kaya et al (92), sostiene que las notificaciones de incidentes en ambientes hospitalarios se vinculan negativamente con la satisfacción laboral concluyendo que mientras que los sentimiento y actitudes de los trabajadores es favorable los errores disminuyen. Las variaciones entre estos resultados pueden estar asociado

al compromiso organizacional, la valoración afectiva del personal de salud como a las experiencias a consecuencias de estas. En este contexto, la satisfacción laboral en profesionales de salud que laboral en atención primaria fue negativo 68.5%, situación que contradice a lo hallado por Souza et al (18), Moreira (30), AlMaani (31), Lousada (33), Acásio (36) y Oliveira (38) debido a que, en todas estas investigaciones, la satisfacción laboral fue positiva. Por lo que las experiencias favorables en el entorno laboral garantizan que se realice un adecuado proceso de prevención de eventos adversos o daños.

Con respecto al cuarto objetivo específico, se encontró que no hay relación significativa entre el reconocimiento del estrés y la gestión de riesgos, resultado que concuerda con la conclusión de Kaya et al (92). Situación que contradice a lo planteado por Gutiérrez pues sostiene que mientras el estrés laboral disminuye la GR en salud de un hospital nivel II-1 de la región Ayacucho aumenta (93). El modelo de acción razonada (61) sostiene que las actitudes que tiene la persona dependen de la percepción que tiene de las consecuencias, comprendiendo el factor individual para tener conductas preventivas y acciones que los conduzcan a un objetivo. En ese sentido el reconocimiento del estrés en la presente investigación en establecimientos de primer nivel de atención fue negativa (65.4%), coincidiendo con las investigaciones en APS realizadas en Arabia Saudita (31) y Brasil (33,36), pero contradiciendo a las investigaciones de Souza et al (18) y Oliveira (38) en Brasil como de Moreira (30) en Portugal, donde demostraron una percepción del estrés positiva. Lo cierto es que el estrés al ser un problema común en el ámbito laboral puede generar errores y daños por eso es importante que el personal de salud distinga los factores estresantes, para mitigar los riesgos con cuidados de baja calidad.

En cuanto al quinto objetivo específico, se encontró que la percepción de la gestión se vincula con la gestión de riesgos. Al respecto Kaya et al, fundamento el resultado al evidenciar que a mejor

percepción de la gestión mayor manejo de los errores y grado de SP entre personal de salud que laboral en hospitales (92), siendo similar a lo planteado por Abuosi et al (91). Sin embargo, He et al (86) sostiene que a mayor apoyo a la gestión menor las notificaciones de EA, esta investigación se realizó en el personal de seis centros de ancianos. La manera en cómo el profesional de la salud interpreta el actuar de la administración influirá ya sea positiva o negativamente en cómo se está manejando las estrategias de gestión de errores y daños. En este sentido la percepción de la gestión realizada en APS fue negativa (73.1%), siendo similar a algunas investigaciones realizadas a nivel de atención primaria (30,31,33,38) pero contradiciendo otras (18,36). En tal sentido, las experiencias del trabajador sanitario pueden ser múltiples pero los niveles bajos nos indican que las acciones a nivel de seguridad son malas, favoreciendo posiblemente el aumento de los riesgos o daños por lo que se concluye que si aumenta la percepción hacia la administración disminuye los riesgos.

Por lo que se refiere al sexto y último objetivo específico, se evidencio una relación significativa entre las condiciones de trabajo y la gestión de riesgos, siendo congruente con el estudio de Kaya et al (92) y solo similar en dotación de personal con Abuosi et al (91) contradiciendo a He et al (86) debido a que sostiene que a mejor dotación de personal menor son las notificaciones de accidentes. La capacidad que tenga las organizaciones para otorgar a los trabajadores mejoras que faciliten su desempeño, favorecerá el éxito a largo plazo. Ante lo expuesto, las condiciones de trabajo presentaron un nivel negativo (70%), situación que coinciden con las investigaciones de Moreira (30), AlMaani (31), Lousada (33), Acásio (36) y Oliveira (38) al presentarse estas como negativa siendo contraría con Souza et al (18) por ser positiva. Los resultados evidencias las deficiencias de los factores que afectan el entorno laborar del profesional de la salud generando consecuencias para la salud del trabajador y afectando la calidad y SP.

La calidad de atención y la seguridad del paciente son fundamentales para la salud pública, es así como evaluar la CS y la GR en atención primaria es clave en el sistema sanitario porque genera mejoras en estructuras y procesos de la organización sanitaria, pues todos conocen las deficiencias presentadas en APS (1,7,12).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

De todo lo expuesto en esta investigación, se desprende las siguientes conclusiones:

Primera: Se determinó la relación positiva y significativa entre la cultura de seguridad y gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, lo cual fue confirmado mediante la prueba de Spearman. Los resultados sugieren que los valores, conductas y percepciones que se comparten dentro de las organizaciones de salud puede mejorar las acciones de prevención contra los daños o eventos adversos que se asocian a la atención sanitaria. No obstante, hay que realizar más investigaciones en esta área para comprender mejor la asociación. Las futuras investigaciones deben orientarse a evaluar el impacto de la cultura de seguridad sobre la gestión de riesgos asistencial a fin de crear planes y estrategias eficaces entorno a la seguridad del paciente.

Segunda: El clima de trabajo en equipo se vincula positiva y significativa con la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel. Los hallazgos indican que a mejor actuar conjunto entre los miembros de una institución de salud mejor será el manejo de los procesos para valorar el riesgo. Estos resultados respaldan la necesidad de abordar el impacto del trabajo en equipo dentro de las organizaciones de salud en termino de gestión del riesgo.

Tercera: El clima de seguridad y la gestión de riesgos se vinculan positiva y significativa en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención. Los resultados destacan la importancia de la percepción del trabajador de salud sobre seguridad y las estrategias de gestión para mejorar la calidad de atención. Vale la pena destacar la necesidad de capacitaciones e investigaciones en torno a temas de seguridad en atención primaria.

Cuarta: La satisfacción laboral no se relaciona significativamente con la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención. Los hallazgos subrayan que el gusto de las personas por su trabajo es independiente a sus habilidades para identificar, evaluar y prevenir los riesgos que surgen a partir de su atención. Estos resultados sientan las bases para explorar en qué medida la satisfacción laboral influyen en los procesos para identificar los riesgos.

Quinta: El reconocimiento del estrés y la gestión de riesgos no se relacionan significativamente en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención. Los resultados obtenidos nos demuestran que la percepción que tiene el profesional de la salud sobre los factores estresantes no está asociada a la evaluación de riesgos sanitarios que realiza a partir de su actuar. Se destaca la necesidad de fomentar capacitaciones y talleres para manejo del estrés y gestión de calidad, así como investigaciones que contrasten estas variables.

Sexta: La percepción de la gestión se relaciona significativamente con la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención. Los hallazgos destacan que la información percibida a partir de las experiencias laborales que brinda la institución de salud se vincula con la habilidad de detectar y actuar ante un incidente o evento adverso.

Séptima: Las condiciones de trabajo y la gestión de riesgos se asocian significativamente en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención. Los resultados sugieren que a mejor los factores que rodean el entorno laboral mejor serán las habilidades que presenten los trabajadores sanitarios para identificar o mitigar los errores o incidentes a causa de su atención.

5.2 Recomendaciones

Considerando la importancia de esta investigación y en función a los resultados se plantea algunas sugerencias y/o recomendaciones con el propósito de lograr el éxito de las instituciones de salud dentro del contexto de seguridad del paciente:

1. A la red de salud, se recomienda promover actualizaciones, evaluaciones y/o investigaciones relacionadas con la cultura de seguridad y gestión de riesgos para obtener información amplia entorno a la atención primaria en salud.
2. Se recomienda a la jefatura de la red de salud, así como a los jefes de las diferentes microrredes, la elaboración de plan anual de capacitación entorno a la seguridad del paciente.
3. Se sugiere a los responsables de gestión de calidad realizar capacitaciones y rondas de seguridad para identificar, evaluar, analizar y tratar los posibles riesgos que surgen a partir de una atención de salud.
4. Se sugiere realizar reconocimientos anuales a los profesionales de la salud que logren sus metas, así como fomentar una cultura organizacional positiva entre los trabajadores de las redes y microrredes de salud.
5. Se recomienda realizar talleres para manejo de estrés y actividades recreativas anuales entre los trabajadores de las instituciones de salud.
6. Se recomienda a profesionales de la salud e investigadores realizar estudios a partir de los resultados obtenidos como la relación entre la satisfacción laboral y la gestión de riesgos o la asociación entre percepción de la gestión y la gestión asistenciales.

REFERENCIAS

1. Tevžič Š, Poplas-Susič A, Klemenc-Ketiš Z. The safety culture of The Ljubljana Community Health Centre's Employeess. Zdr Varst [Internet]. 2021; 60(3):145-151. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8256766/>
2. Khamaiseh A, Al-Twalbeh D, Al-Ajlouni K. Patient safety culture in Jordanian primary health-care centres as perceived by nurses: a cross-sectional study. East Mediterr Health J [Internet]. 2020; 26 (10): 1242-1250. Disponible: <https://applications.emro.who.int/emhj/v26/10/1020-3397-2020-2610-1242-1250-eng.pdf>
3. Organización mundial de la salud. Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021- 20230: hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud. Página web [internet] .3 de agosto del 2021 [citado 23 de febrero de 2024]. Disponible: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
4. Organización mundial de la salud. Seguridad del paciente. Página web [Internet]. 13 de septiembre del 2019 [citado 18 de diciembre del 2021]. Disponible: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
5. Tlili MA, Aouicha W, Ben Dhiab M, Mallouli M. Assessment of nurses' patient safety culture in 30 primary health-care centres in Tunisia. East Mediterr Health J [Internet]. 2020;26(11):1347-1354. Disponible en: [1020-3397-2020-2611-1347-1354-eng.pdf](https://www.who.int/emhj/v26/11/1120-3397-2020-2611-1347-1354-eng.pdf) ([who.int](https://www.who.int))
6. El Zoghbi M, Farooq S, Abulaban A, Taha H, Ajanaz S, Aljasmi J, Ahmad S, Said H. Improvement of the Patient Safety Culture in the Primary Health Care Corporation - Qatar. J Patient Saf [Internet]. 2021;17(8): e1376-e1382. Disponible en:

https://journals.lww.com/journalpatientsafety/abstract/2021/12000/improvement_of_the_patient_safety_culture_in_the.98.aspx

7. Sousa VTS, Dias HG, Sousa FP, Oliveira RM, Costa EC, Vasconcelos PF. Professional burnout and patient safety culture in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm.* 2023;76(3). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mQzh7DbHWygSrktnsQFfqbf/?lang=en#>
8. Gens- Barbera M, Hernández-Vidal N, Mengibar- García Y, Vidal-Esteve E, Hospital-Guardiola I, Oya- Girona E, Bejarano-Romero F, Castro- Muniain C, Satué- Gracia E, Rey-Reñones C, Martín- Luján F. Analysis of Patient Safety Incidents in Primary Care Reported in an Electronic Registry Application. *Int J Environ Res Public Health.* [Internet]. 2021; 18(17): 8941. En: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34501530/>
9. Carrillo I, Mira J, Astier- Peña M, Pérez- Pérez P, Caro- Mendivelso J, Olivera G, Silvestre C, Mula A, Nuin M, Aranaz-Andrés J, Grupo Sobrina. Eventos adversos evitables en atención primaria. Estudio retrospectivo de cohorte para determinar la frecuencia y gravedad. *Atención Primaria* [internet]. 2020;52 (10):705-711. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720300718?via%3Dihub>
10. Garzón G, Alonso T, Zamarrón E, Cañada A, Luaces A, Conejos D, Villanueva C, Aguado O, Jurado J, Castelo M, Magán P, Barberá A, Toribio M, Drake M, San José D, Mediavilla I. Is primary care a patient-safe setting? Prevalence, severity, nature, and causes of adverse events: numerous and mostly avoidable. *Int J Qual Care* [Internet] 2023; 35(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10148678/>
11. Cheng S, Hu Y, Pfaff H, Lu C, Fu Q, Wang L, Li D, Xia S. The Patient Safety Culture Scale for Chinese Primary Health Care Institutions: Development, Validity and Reliability.

- J Patient Saf [Internet]. 2021;17(2):114-121. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7908859/>
12. ALFadhlah T, Al Mudaf B, Alghanim HA, Al Salem G, Ali D, Abdelwahab HM, Elamir H. Baseline assessment of patient safety culture in primary care centres in Kuwait: a national cross-sectional study. BMC Health Serv Res [Internet]. 2021;21(1). Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07199-1>
 13. Ferreira MMM, Teixeira ASC, Taveira-Gomes TSM. Safety Climate Evaluation in Primary Health Care: A Cross-Sectional Study. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022;19(21):14344. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/21/14344>
 14. Shih C, Buchet-Poyau K, Keriel-Gascou M, Quenon JL, Michel P, Touzet S, Chanelière M. Culture de sécurité des professionnels de santé en soins primaires : adaptation en langue française du questionnaire MOSPSC («Medical Office Survey on Patient Safety Culture»). Rev Epidemiol Sante Publique [Internet]. 2022 ;70(2):51-58. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0398762022001614>
 15. Brandis S, Schleimer S, Rice J. “Pixie dust”: The moderating effect of reflexivity on patient safety culture and quality patient care. Journal of health organization and management [Internet]. 2019, 33 (5); p. 635 – 646. Disponible en: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JHOM-03-2018-0092/full/html>
 16. Suprin M, Chow A, Pillwein M, et al. Quality Risk Management Framework: Guidance for Successful Implementation of Risk Management in Clinical Development. Therapeutic Innovation & Regulatory Science [Internet]. 2019;53(1): p. 36-44. En: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2168479018817752>

17. Mohammed F. Patient safety culture and associated factors among health care professionals at public hospitals in Dessie town, north east Ethiopia,2019. Plos one [internet].2021;16(2). En: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7861534/#_ffn_sectitle
18. Souza MM de, Organo J, Lanes T, Andolhe R, Kolankiewicz A, Magnago T. Cultura de seguridad del paciente en la atención primaria de salud. Revista Brasileña De Enfermería. [internet]. 2019; 72(1). Disponible: <https://www.scielo.br/j/reben/a/NcKsSHnLrQv4WhF9GDf5cKd/?lang=en#>
19. Camacho D. Medición de la cultura de seguridad del paciente en profesionales de salud de atención primaria. Hacia Promoc. Salud [Internet 2020;25(1): p. 141-53. Disponible en: <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/116>
20. Boletín de Farmacovigilancia y Tecnovigilancia N° 22, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Junio 2022. Disponible en: <https://repositorio.digemid.minsa.gob.pe/bitstream/handle/DIGEMID/308/BOLETIN-FCVGYTCVG-jun2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Borneo E. Seguridad del paciente y cultura de seguridad en gestores de instituciones sanitarias. revista de salud udh [Internet]. 2020;2(4):225. Disponible en: <http://revistas.udh.edu.pe/index.php/RPCS/article/view/225e>
22. Palomino R. Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. Investigación e Innovación [internet]. 2023; 3(1). Disponible en: <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/iirce/article/view/1750/1979>
23. Prisma ONG. Informe Técnico; “Presiona el botón amarillo”: Desarrollo e implementación de una herramienta móvil para la vigilancia de ESAVI, en el marco del proyecto de apoyo

- a la vacunación contra COVID-19 en el Perú [Internet]. 2022. Disponible en: https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00ZQT8.pdf
24. De la Peña G, Velázquez R. Algunas reflexiones sobre la teoría general de sistemas y el enfoque sistémico en las investigaciones científicas. Rev. Cubana Edu. Superior [Internet]. 2018; 37(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142018000200003
25. Pereira F. Psicología del error y sistema de gestión de recursos para el control de riesgos (SisGRECOR). Revista academia y virtualidad [internet]. 2012; 5 (1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5777664.pdf>
26. Salinas Jorge, Gonzales E. Evaluación de la calidad en servicios de atención y orientación psicológica: conceptos e indicadores. Psicol. Am. Lat. [online]. 2006; 8, pp. 0-0. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400014
27. Reyes L. La teoría de acción razonada: Implicaciones para el estudio de las actitudes. Investigación educativa [internet]. 2007. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2358919.pdf>
28. Sexton J, Helmreich R, Neilands T, Rowan K, Vella K, Boyden J, Roberts P, Thomas E. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Serv Res. [Internet]. 2006; 6: 44. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1481614/#B42>
29. Gama Z, Saturno- Hernandez P, Caldas A, Freitas M, Mendonca A, Medeiros C, Rodrigues W, Soares O. AGRASS Questionnaire: Assessment of Risk Management in Health Care.

Disponível em: <https://www.dovepress.com/adverse-events-and-risk-management-in-residential-aged-care-facilities-peer-reviewed-fulltext-article-RMHP>

36. Acácio M da S, Comassetto I, Araujo A dos S, Paes NC, Silva RRS da, Viana MER, Santos AAP dos, Vilela DH de LA. Patient safety culture in the Home Care Service. RSD [Internet]. 2022; 11(1). En: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25174>
37. Carneiro A, Dalmolin G, Magnago T, Moreira L, Costa E, Andolhe R. Patient safety culture in critical and non-critical áreas: a comparative. Rev Esc Enferm USP [internet]. 2021; 55: e20210141. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/XZ58srFxf7WHdxYGSgqG5VL/>
38. Oliveira P, Santos O, De Moura E, De Sá P. Patient safety culture in home care service. Rev. Esc. enferm [Internet]. 2020; 54. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/wHT6Fyrc6kCR6TQR8rwcC4n/?lang=en#>
39. Kaya G. The Relationship Between Risk Management and Patient Safety Incidents in Acute Hospitals in NHS England. Industrial Engineering in the Big Data Era. [Internet]. 2019 [cited 2022May11]; pp 471–479. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-03317-0_38#citeas
40. Suarez M. Cultura de seguridad y gestión de riesgos del paciente en enfermeras de un hospital Tumbes, 2021. [Tesis de Maestría]. Piura: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado; 2022. En: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/77924>
41. Ojeda R, Podestá L, Ruiz R. Clima organizacional y cultura de seguridad de enfermería en un Instituto de Salud Materno Perinatal. Rev cubana Enfermer [Internet]. 2021; 37(2): e3596. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000200004

42. Guerrero Y. Cultura de seguridad del paciente y Gestión del riesgo en Enfermeras del servicio de Hospitalización de una clínica privada- Lima, 2021. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado; 2021. En: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/68253>
43. Arce L. Aplicación de prácticas de bioseguridad y cultura de seguridad del paciente en enfermeros de un Hospital Público de Cusco, 2021. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado; 2021. En: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/74924>
44. Romero J. Influencia del control interno en la gestión de riesgos en un establecimiento de salud de Lima 2020. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado; 2021. En: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/58957>
45. Mosqueira R. Evaluación de la gestión de riesgos y seguridad del paciente en emergencia de una IPRESS de Cajamarca. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado; 2020. En: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/49646>
46. Romani L. y Paz C. Evaluación de la cultura de seguridad del paciente orientado a la gestión del riesgo entre los profesionales médicos asistentes en el Hospital Mariano Molina Scippa – Essalud. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Científica del Sur, Facultad de Ciencias de la Salud.; 2020. Disponible: <https://repositorio.cientifica.edu.pe/handle/20.500.12805/985>
47. Moya O. La seguridad del paciente en atención primaria en salud ¿Una Actividad que podría quedar en el olvido? Revista Gerencia y políticas de salud. [Internet]. 2018; 17 (34). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23094>

48. Organización Panamericana de la Salud, Área de Sistemas de Salud Basados en Atención Primaria de Salud, Proyecto de Servicios Integrados de salud. Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud- Introducción y Generalidades. Washington, D.C.: OPS;2010. Disponible en: https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/MET_GEST_PSS_INTRO_GENERL_2010SPA.pdf
49. Institute for Healthcare Improvement [Pagina Web]. Descripción general [Citado 17 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.ihl.org/Topics/PatientSafety/Pages/Overview.aspx>
50. Chiavenato I. Introducción a la Teoría General de la Administración. 7.a ed. Mac Graw - Hill Interamericana; 2004. ISBN: 13978-10-5500-7. <https://esmirnasite.files.wordpress.com/2017/07/i-admon-chiavenato.pdf>
51. Cross S. The Systems approach at the sharp end. Future Healthc J. [internet]. 2018; 5 (3): 176 – 180. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6502592/>
52. Anderson B. Improving Healthcare by Embracing Systems Theory. J Thorac Cardiovasc Surg [internet]. 2016; 152(2): 593–594. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4947551/#R1>
53. Gordon J. Contingency Approach or Situational Approach to Management- Explained. The Business Professir. [Internet].2022. Disponible: https://thebusinessprofessor.com/en_US/management-leadership-organizational-behavior/contingency-approach-or-situational-approach-to-management
54. Olden P. Contingency Management of Health Care Organizations It Depends. The Healthe Care Manager [internet] 2016; 35 (1): 28-36. Disponible:

https://journals.lww.com/healthcaremanagerjournal/Abstract/2016/01000/Contingency_Management_of_Health_Care.5.aspx

55. Furts P. Organizational Culture Drives (safety) Performance [internet]. Occupational health & safety. 21 de mayo 2021 [citado el 14 de marzo del 2024]. Disponible: <https://ohsonline.com/Articles/2021/05/12/Organizational-Culture-Drives-Safety-Performance.aspx?Page=1>
56. Patient safety network. Culture of safety [internet]. Agency for Healthcare Research and Quality; 7 de September 2019 [cited 15 de marzo del 2024]. Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/primer/culture-safety>
57. Castañeda H, Garza R, González J, Pineda M, Acevedo G, Aguilera A. Percepción De La Cultura De La Seguridad De Los Pacientes Por Personal De Enfermería. Cienc. enferm. [Internet]. 2013 [citado el 16 de mayo del 2022]; 19(2): 77-88. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
58. Sorra J, Gray L, Streagle S, Et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture: User's Guide. AHRQ Publication No. 18-0036-EF (Replaces 04-0041, 15(16)-0049-EF). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. [Internet]. 2018 [citado el 16 de mayo del 2022] En: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospitalusersguide.pdf>
59. Agra Y. Seguridad del paciente y gestión del riesgo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014 [citado el 17 de mayo del 2022]. Tema 14.9. Disponible en: <http://e->

[spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9 Seguridad del paciente y gestion de riesgos.pdf](https://spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500964/n14.9_Seguridad_del_paciente_y_gestion_de_riesgos.pdf)

60. Torijano D. Validación de un cuestionario para medir cultura de seguridad del paciente en los centros de salud españoles. [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; Facultad de ciencias de la salud; 2014. En: <https://burjcdigital.urjc.es/handle/10115/12950>
61. León J, Medina S, Barriga S, Ballesteros A, Regaña A, Herrera I. Psicología de la Salud y de la calidad de vida. [Libro Electrónico]. España: Editorial UOC, 2004: pag.70. Disponible en: https://www.google.com.pe/books/edition/Psicolog%C3%ADa_de_la_Salud_y_de_la_Calidad/esM3UUnq9kcC?hl=es-419&gbpv=0
62. Valenzuela M. Teoría de la acción razonada. [internet] Psicólogos en línea. 15 de junio de 2020 [citado 23 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://psicologosenlinea.net/2812-teoria-de-la-accion-razonada.html>
63. Scandroglio B, López J, San José M. La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias. Psicothema [Internet]. 2008;20(1):80-89. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720112>
64. Ministerio de relaciones exteriores. Circular 240: informe a funcionarios de la subsecretaria respecto a la gestión de Riesgos. [Internet]. [citado 2022 mayo 15]. Recuperado de: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://minrel.gob.cl/minrel/site/docs/20190902/20190902121420/circular_gestio__n_de_riesgos.pdf
65. Instituto Nacional de Ciberseguridad. Gestión de riesgos: una guía de aproximación ara el empresario. [Internet]. [citado 2022 mayo 15]. Disponible en:

https://www.incibe.es/sites/default/files/contenidos/guias/doc/guia_ciberseguridad_gestion_riesgos_metad.pdf

66. Ministerio de Salud. Manual de Gestión de Riesgo operativo operacional de Fondo de aseguramiento de Salud de la Policía Nacional del Perú. [Internet]2020 [citado 17 de mayo del 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/saludpol/informes-publicaciones/927063-manual-de-gestion-de-riesgo-operacional-modificado-version-3-0>
67. Martínez F y Ruiz J. Manual de gestión de riesgos sanitarios. Ediciones días de Santos. [Internet]. 1 edición (21 febrero 2001). En: https://books.google.es/books?id=NK-EcHZWJYkC&dq=gesti%C3%B3n+de+riesgos+en+los+servicios+de+salud&lr=&hl=es&source=gbs_navlinks_s
68. Guerra F, Guzzo AS, La Rosa P, Miatto I, Vergati D, Miredi F, Gasparriani N, Guerra F, Raimondi L, Corridore D, Nardi GM, Mazur M, La Torre G, Ottolenghi L. Risk management and Healthcare responsibility. How to guarantee legal protection in Medicine. Clin Ter. 2021 Jan-Feb;171(1): e63-e66. doi: 10.7417/CT.2021.2285. En: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33346331/>
69. Coronado V, García A, López S, Turon J. Implicancia de las enfermeras en la gestión de riesgos y la seguridad del paciente en atención primaria. Elsevier [Internet]. 2017 [citado 2022 mayo 15]; 27(4): 246-250. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-implicacion-enfermeras-gestion-riesgos-seguridad-S1130862117300694>
70. Martínez F. La gestión de riesgos sanitarios y los derechos de los pacientes. La gestión de riesgos sanitarios y los derechos de los pacientes. La Ley 41/2002. Notas para un programa de gestión de riesgos. Elsevier [Internet]. 2003 [citado 15 de mayo 2023]; 1(3): 487-512.

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-la-gestion-riesgos-sanitarios-derechos-13051690>

71. Gama Z, Hernández P. Inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde.[Libro electrónico] [recurso electrónico]. Brasil: SEDIS.UFRN; 2017. Em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/25138>
72. Torres M, Vásquez C. Modelos de Evaluación de la calidad del servicio: Caracterización y análisis. Ensayo. [Online] Compendium. 2015; 35. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/880/88043199005.pdf>
73. Euteneier A. Sicherheitskultur und klinisches Risikomanagement. Unfallchirurg.[internet]. 2020; 22–28. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00113-019-00740-2>
74. Behar D. Metodología de la investigación. 1ra edición. [online]. Editorial Shalom, 2008. Disponible en: <https://docplayer.es/11821713-Introduccion-a-la-metodologia-de-la-investigacion.html>
75. Hernández R.,Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación. 6ta edición. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES. 2014. En: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
76. Arispe C, Yangali J, Guerrero M, Lozada O, Acuña L, Arellano C. La investigación científica: una aproximación para estudios de posgrado. 1era edit. Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador. En: https://institutorambell.blogspot.com/2022/12/la-investigacion-cientifica-una_11.html

77. Ramos C. Los alcances de una investigación. [Internet]. CienciAmerica. 2020:9 (3). [citado 29 de mayo del 2022]. En: <https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/7746475.pdf>
78. Unidad Ejecutora 405 Red de Salud Ayacucho Norte. Manual de Organización y funciones MOF- UERSAN. [recurso electrónico]. 2018. [citado 8 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.uersan.gob.pe/wp-content/uploads/2021/09/MOF-2021.pdf>
79. López P. Población, muestra y muestreo. Punto Cero. [internet]. 2004: 09(08), 69-74. Recuperado en 29 de mayo de 2022. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012
80. Center for Healthcare Quality and Safety [Pagina web]. Safety Attitudes and Safety Climate Questionnaire. The University of Texas Health Science Center at Houston. En: <https://www.uth.edu/chqs/>
81. Gama A y Saturno P. Questionário de Avaliação da Gestão de Riscos Assistenciais em Serviços de Saúde – AGRASS. Inspeção de boas práticas de gestão de riscos em serviços de saúde.[Internet] Natal: SEDIS-UFRN, 2017. En: https://figshare.com/articles/journal_contribution/QUESTIONRIO_AGRASS/7058141/1
82. AGRASS Avaliação da Gestão de Riscos Assistenciais em Serviços de Saúde [Pagina web]. En: <https://agrass.lais.huol.ufrn.br/contas/login/>
83. Robles B. Índice de validez de contenido: Coeficiente V de Aiken. Pueblo continente [internet]. 2018; 29 (1):193 –197. Disponible: <https://journal.upao.edu.pe/PuebloContinente/article/view/991>

84. Simsekler MCE. The link between healthcare risk identification and patient safety culture. *Int J Health Care Qual Assur.* [internet]. 2019; 32 (3): 574-587. doi: 10.1108/IJHCQA-04-2018-0098. PMID: 31018800.
85. Lee S. Examining the impact of organizational culture and risk management and internal control on performance in healthcare organizations. *Advances in management and applied economics* [internet].2024; 14 (1). Disponible en: https://econpapers.repec.org/article/sptadmaec/v_3a14_3ay_3a2024_3ai_3a1_3af_3a14_5f1_5f4.htm
86. He H, Yu P, Li L, Xiao X, Long Y, Wang L, Zeng J, Li Y. Patient safety culture and obstacles to adverse event reporting in nursing homes. *J Nurs Manag.* 2020;28(7):1536-1544. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.13098>
87. Rubio E. Gestión de riesgos y cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial de un establecimiento III-1, 2023. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado;2023. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/139216/Rubio_REG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
88. Calisaya E. Gestión del riesgo y cultura de cumplimiento en seguridad del paciente en un hospital de salud mental, Lima2023. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado;2023. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/137225/Calisaya_REC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
89. Pozo K. Gestión de riesgo sanitario y cultura de seguridad del paciente en profesionales de una institución de salud, lima, 2023. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Cesar Vallejo,

Escuela de Posgrado;2024. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/133971/Pozo_PKE-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

90. Banchón K. La gestión y cultura de la seguridad en el personal asistencial del hospital privado de Guayaquil, 2020. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Cesar Vallejo,

Escuela de Posgrado;2020. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/67074/Banch%c3%b3n_NKF-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

91. Abuosi A, Poku C, Attafuah P, Anaba E, Abor P, Setordji A, Nketiah-Amponsah E. Safety culture and adverse event reporting in Ghanaian healthcare facilities: Implications for patient safety. PLoS One [internet]. 2022;17(10): e0275606. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9581362/>

92. Kaya S, Banaz M, Metro B, Asilkan Z, Mete A, Akturan S, Tuncer N, Yukselir F, Toka O, Gunes T, Gumus R. Patient safety culture: effects on error, incident reporting and patient safety. Journal Of patient safety [internet]. 2023; 19 (7): 439-446. Disponible en:

https://journals.lww.com/journalpatientsafety/abstract/2023/10000/patient_safety_culture_effects_on_errors..4.aspx

93. Gutiérrez L. Gestión de riesgos en salud en el estrés laboral personal asistencial de un hospital, nivel II-1, Ayacucho 2023. [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Cesar Vallejo,

Escuela de Posgrado; 2023. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/128736/Gutierrez_VL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ANEXOS

Anexo1: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General ¿Cuál es la relación entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023?</p> <p>Problemas Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre el clima de trabajo en equipo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023? • ¿Cuál es la relación entre el clima de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023? • ¿Cuál es la relación entre la satisfacción laboral y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023? • ¿Cuál es la relación entre el reconocimiento del estrés y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023? • ¿Cuál es la relación entre la percepción de la gestión y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023? • ¿Cuál es la relación entre las condiciones de trabajo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención en la Red de Salud Ayacucho Norte, Ayacucho- Perú, 2023? 	<p>Objetivo General Determinar la relación entre la cultura de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la relación entre el clima de trabajo en equipo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención. • Determinar la relación el clima de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención. • Determinar la relación entre la satisfacción laboral y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención. • Determinar la relación entre el reconocimiento del estrés y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención. • Determinar la relación entre la percepción de la gestión y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención. • Determinar la relación entre las condiciones de trabajo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención. 	<p>Hipótesis General</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hi: Existe relación entre la cultura de seguridad y gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención. <p>Hipótesis Específica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hi: Existe relación entre el clima de trabajo en equipo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud de establecimientos del primer nivel de atención. • Hi: Existe relación entre el clima de seguridad y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención. • Hi: Existe relación entre la satisfacción laboral y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención. • Hi: Existe relación entre el reconocimiento del estrés y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención. • Hi: Existe relación entre la percepción de la gestión y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención. • Hi: Existe relación entre las condiciones de trabajo y la gestión de riesgos en profesionales de la salud en establecimientos del primer nivel de atención. 	<p>Variable 1- Cultura de seguridad del paciente Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Clima del trabajo en equipo. 2. Clima de seguridad. 3. Satisfacción laboral. 4. Percepción del estrés. 5. Percepción de la gestión. 6. Condiciones de trabajo. <p>Variable 2- Gestión de riesgos Dimensiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estructura. 2. Proceso. 	<p>Tipo de Investigación La investigación es aplicada de Alcance Correlacional.</p> <p>Método y diseño de la investigación Diseño: Investigación no experimental. Tipo: Descriptivo de corte transversal. Enfoque: cuantitativo</p> <p>Población Muestra La población estará conformada por 186 trabajadores que laboren en la red de Salud Ayacucho Norte. La muestra estuvo conformada por 130 profesionales de la salud.</p>

Anexo 2: Instrumentos

AUTORIZACIÓN DE USO DE INSTRUMENTOS

“Safety Attitudes Questionnaire- SAQ”

SAQ  Recibidos x



Thomas, Eric <Eric.Thomas@uth.tmc.edu>
para mí ▾

12:51 (hace 10 minutos) ★

 inglés ▾ >  español ▾ [Traducir mensaje](#)

[Desactivar para:](#)

Hi, you have permission to use the SAQ.

Eric

Eric J Thomas MD MPH
Professor of Medicine
The UTHealth-Memorial Hermann Center for Healthcare Quality and Safety
McGovern Medical School at UTHealth

“Cuestionario AGRASS”



ZENEWTON GAMA <zenevton.gama@ufrn.br>
para mí ▾

15:39 (hace 8 horas) ★ ↩

Estimada Carmen,

Gracias por su interés en utilizar el Cuestionario AGRASS.

Aprovecho para informarle que el uso es libre para finalidad de investigación y otros trabajos sin ánimo de lucro y lo único que se espera es que realice la debida citación de la referencia del cuestionario en su tesis o artículo publicado.

Un saludo,

...

--

Zenevton André da Silva Gama

Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Professor associado do Departamento de Saúde Coletiva (DSC/UFRN)

Vice-coordenador do PPG Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (PPG QualiSaúde/UFRN)

CULTURA DE SEGURIDAD Y GESTIÓN DE RIESGOS EN PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, AYACUCHO- PERÚ, 2023.

Datos sociodemográficos como sexo, edad, etc. (variables de control)

1.Sexo:

Femenino

Masculino

Otro

2.Edad

18 -29 años

50 – 59 años

30 – 39 años

> 60 años

40 – 49 años

3. Profesión:

Médico

Químico Farmacéutica (o)

Enfermera (o)

Biólogo (o)

Obstetra

Técnico de Enfermería

Odontóloga (o)

Otros: _____

Psicóloga (o)

4. Tiempo de servicio

3- 11 meses

10 - 15 años

1 – 4 años

16 - 20 años

5 – 9 años

> 21 años

5. Condición Laboral

Nombrada (o)

SERUMS

CAS

Locación de servicio / Terceros

6. Tipo de Labor

Profesional Asistencial

Profesional Administrativo

INSTRUMENTO N°1 CULTURA DE SEGURIDAD

Totalmente en desacuerdo =1

De acuerdo=4

En desacuerdo=2

Totalmente de acuerdo=5

Ni de acuerdo ni en desacuerdo=3

N.º	DIMENSIONES / ítems	1	2	3	4	5
VARIABLE 2: CULTURA DE SEGURIDAD						
DIMENSIÓN 1: CLIMA DE TRABAJO EN EQUIPO						
1	Los médicos y enfermeras trabajan juntos como un equipo bien coordinado.					
2	Las sugerencias o aportes de las enfermeras son bien recibidas.					
3	Tengo el apoyo necesario de otros miembros del personal para atender a los pacientes.					
4	Los desacuerdos se resuelven adecuadamente (es decir, no quien tiene la razón, sino que es lo mejor para el paciente)					
5	Es fácil para el personal realizar preguntas cuando hay algo que no entiende.					
6	Es difícil hablar si se percibe un problema con la atención del paciente. *					
DIMENSIÓN 2: CLIMA DE SEGURIDAD						
7	La cultura existente en este establecimiento hace que sea fácil aprender de los errores otros.					
8	Conozco los canales adecuados para dirigir preguntas sobre la seguridad del paciente.					
9	Mis compañeros/ colegas me alientan a informa comunicar cualquier inquietud que pueda tener sobre la seguridad del paciente.					
10	En este establecimiento es difícil hablar de errores. *					
11	Los errores se manejan adecuadamente en este establecimiento.					
12	Me siento seguro si soy atendido en este establecimiento como paciente.					
13	Recibo comentarios apropiados sobre mi desempeño.					
DIMENSIÓN 3: SATISFACCION LABORAL						
15	Este establecimiento es un buen lugar para trabajar.					
16	Estoy orgulloso de trabajar en este establecimiento.					
17	Trabajar en este establecimiento es como formar parte de una gran familia.					

18	La moral en este establecimiento es alta.					
19	Me gusta mi trabajo.					
	DIMENSIÓN 4: PERCEPCION DEL ESTRES					
20	Cuando mi carga de trabajo se vuelve excesiva, mi rendimiento se ve afectado.					
21	Es más probable que cometa errores en situaciones hostiles o tensas.					
22	El cansancio afecta mi desempeño durante situaciones de emergencia.					
23	Soy menos efectivo en el trabajo cuando estoy cansado.					
	DIMENSIÓN 5: PERCEPCION DE LA GESTION					
24	La administración está haciendo un buen trabajo.					
25	La administración apoya mis esfuerzos diarios en el trabajo.					
26	La administración no compromete la seguridad del paciente deliberadamente.					
27	El personal problemático es tratado de forma constructiva.					
28	Recibo información oportuna y adecuada sobre eventos que puedan afectar mi trabajo.					
	DIMENSIÓN 6: CONDICIONES DE TRABAJO					
29	Este establecimiento hace un buen trabajo al capacitar al personal nuevo.					
30	La cantidad de personal es suficiente para manejar la cantidad de pacientes					
31	Tengo disponible de forma rutinaria toda la información necesaria para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas.					
32	Los estudiantes en mi disciplina están adecuadamente supervisados.					
	Estos ítems no pertenecen a ninguna dimensión del instrumento original pero los autores lo consideran para la versión corta del instrumento.					
14	Mis sugerencias o propuestas sobre seguridad del paciente se tendrían en cuenta si las comunicara al jefe o coordinador.					
33	El trabajo con el personal de enfermería en este establecimiento es bueno.					
34	El trabajo con el personal médico es bueno.					
35	El trabajo con otros profesionales del establecimiento es bueno.					
36	Es común las demoras en la atención del paciente por problemas en la comunicación entre el personal de salud. *					

INSTRUMENTO N°2 GESTIÓN DE RIESGOS

N.º	DIMENSIONES / ítems	SI	NO
VARIABLE 1: GESTIÓN DE RIESGOS			
DIMENSIÓN 1: ESTRUCTURA			
Sensibilización			
1	La institución de salud ha impulsado alguna acción de sensibilización sobre la seguridad del paciente en los últimos 12 meses (evento, campaña, etc.).		
2	Existen carteles, carpetas, afiches entre otros, en la institución llamando la atención sobre la Seguridad del paciente.		
Responsabilidad			
3	Existe un comité responsable de coordinar las acciones de seguridad del paciente.		
4	Se ha designado un coordinador responsable de ejecutar del plan de seguridad del paciente.		
5	Existe un Plan de Seguridad del Paciente.		
Recursos			
6	La institución cuenta con profesionales que se dedican a actividades de gestión de riesgos.		
7	La institución cuenta con infraestructura para el funcionamiento del plan nacional de seguridad del paciente.		
8	La institución proporciona insumos para las acciones de gestión de riesgos en salud.		
9	La institución ha brindado capacitación a sus profesionales en el área (gestión de riesgos, gestión de calidad, seguridad del paciente, etc.)		
Promoción de la cultura de seguridad			
10	Ha evaluado la cultura de seguridad del paciente en los últimos 24 meses.		
11	Comunico los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente a sus compañeros, coordinadores y jefes.		
12	Ha implementado alguna intervención para mejorar los resultados identificados en la evaluación de la cultura de seguridad del paciente.		
DIMENSIÓN 2: PROCESO			
Identificación de riesgos			
13	Utiliza un sistema interno de reporte de incidentes.		
14	Se divulga entre los profesionales una lista de eventos centinela o nunca eventos para notificación.		

15	Monitorea indicadores de adherencia a las metas de seguridad del paciente.		
16	Utiliza información de quejas y reclamos para identificar riesgos.		
17	Utiliza indicadores de seguimiento (pistas de la existencia de incidentes de seguridad) o indicadores de resultado para identificar riesgos.		
18	Usa información del comité de revisión de muertes para identificar riesgos.		
19	Analiza los procesos de litigio de la institución para la identificación de riesgos.		
	Identificación de riesgos en tiempo real		
20	Utiliza la observación directa para identificar riesgos. (observación de la higiene de manos, precauciones de contacto con pacientes en aislamiento, barreras protectoras en la inserción de CVP, etc.)?		
21	Utiliza un sistema de alerta electrónico en los registros médicos electrónicos (interacciones medicamentosas, recomendaciones de alta estandarizadas para pacientes específicos, etc.)		
22	Utiliza lista de verificación para la seguridad del paciente.		
	Identificación prospectiva de riesgos		
23	Utiliza un mapeo de los riesgos del servicio de salud.		
24	Se realizan rondas de seguridad del paciente en los sectores para identificar riesgos.		
25	Utiliza una fuente externa para identificar riesgos (por ejemplo, alertas de salud, noticias en los medios, etc.)		
	Análisis y evaluación de riesgos		
26	Realiza análisis de causas y factores contribuyentes para cualquier evento adverso en los últimos 12 meses.		
27	Utiliza herramientas de análisis cualitativo para causas y factores contribuyentes (diagrama de flujo, diagrama de causa-efecto, análisis de campo de fuerza, lluvia de ideas, etc.)		
28	Utiliza herramientas para el análisis cuantitativo de las causas o factores contribuyentes de los riesgos (histograma, estratificación, diagrama de Pareto y gráfico de control).		
29	Utiliza alguna matriz de priorización de riesgos basada en criterios de severidad y frecuencia.		
	Tratamiento de riesgos		
30	Ha implementado protocolos básicos de seguridad del paciente.		
31	Ha implementado acciones de reducción de riesgos en respuesta a los eventos adversos investigados.		
32	Presenta un plan de acción completo (calendario, responsables, recursos e indicadores) para las acciones de reducción de riesgos.		
	Comunicación de riesgos		

33	La alta dirección, reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.		
34	Los coordinadores y jefes inmediatos reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.		
35	Los profesionales asistenciales, reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.		
36	La comunicación a los pacientes sobre eventos adversos (revelación abierta de errores) está estandarizada por alguna norma, protocolo o política institucional.		
37	Realiza notificación externa a través un sistema, mensualmente.		
	Integración de los procesos de riesgos		
38	Ha realizado un ciclo completo de gestión de riesgos (identificación, análisis, evaluación, tratamiento y seguimiento) o ciclo de mejora de la calidad centrado en la seguridad del paciente (PDCA, ciclo de evaluación y mejora) en los últimos 12 meses.		
39	Se realizó Análisis de Causa Raíz (RCA) o Protocolo de Londres en los últimos 12 meses.		
40	Se realizó análisis de modos y efectos de falla realizados (AMFE o FMEA) en los últimos 12 meses.		

Anexo 3: Validez del instrumento

3.1. Formatos de Validación de instrumentos por Juicio de expertos

“GESTIÓN DE RIESGOS Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL USUARIO EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, AYACUCHO- PERÚ, 2022”

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
VARIABLE 1: GESTIÓN DE RIESGOS								
DIMENSIÓN 1: ESTRUCTURA								
Sensibilización								
1	La institución de salud ha impulsado alguna acción de sensibilización sobre la seguridad del paciente en los últimos 12 meses (evento, campaña, etc.).	X		X		X		Podría agregar en los elementos de acción de sensibilización CHARRAS CREATIVAS FORUMS / SIMPOSIUMS
2	Existen carteles, carpetas, afiches entre otros, en la institución llamando la atención sobre la Seguridad del paciente.	X		X		X		
Responsabilidad								
3	Existe un comité responsable de coordinar las acciones de seguridad del paciente.	X		X		X		
4	Se ha designado un coordinador responsable de ejecutar el plan de seguridad del paciente.	X		X		X		
5	Existe un Plan de Seguridad del Paciente.	X		X		X		
Recursos								
6	La institución cuenta con profesionales que se dedican a actividades de gestión de riesgos.	X		X		X		
7	La institución cuenta con infraestructura para el funcionamiento del plan nacional de seguridad del paciente.	X		X		X		
8	La institución proporciona insumos para las acciones de gestión de riesgos en salud.	X		X		X		
9	La institución ha brindado capacitación a sus profesionales en el área (gestión de riesgos, gestión de calidad, seguridad del paciente, etc).	X		X		X		
Promoción de la cultura de seguridad								
10	Ha evaluado la cultura de seguridad del paciente en los últimos 24 meses.	X		X		X		

11	Comunico los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente a sus compañeros, coordinadores y jefes?	X		X		X		X	
12	Ha implementado alguna intervención para mejorar los resultados identificados en la evaluación de la cultura de seguridad del paciente.	X		X		X		X	
	DIMENSION 2: PROCESO	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
	Identificación de riesgos								
13	Utiliza un sistema interno de reporte de incidentes.	X		X		X		X	
14	Se divulga entre los profesionales una lista de eventos centinela o nunca eventos para notificación.	X		X		X		X	
15	Monitorea indicadores de adherencia a las metas de seguridad del paciente.	X		X		X		X	
16	Utiliza información de quejas y reclamos para identificar riesgos.	X		X		X		X	
17	Utiliza indicadores de seguimiento (pistas de la existencia de incidentes de seguridad) o indicadores de resultado para identificar riesgos.	X		X		X		X	
18	Usa información del comité de revisión de muertes para identificar riesgos.	X		X		X		X	
19	Analiza los procesos de litigio de la institución para la identificación de riesgos.	X		X		X		X	
	Identificación de riesgos en tiempo real	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
20	Utiliza la observación directa para identificar riesgos. (observación de la higiene de manos, precauciones de contacto con pacientes en aislamiento, barreras protectoras en la inserción de CVP, etc.)?	X		X		X		X	
21	Utiliza un sistema de alerta electrónico en los registros médicos electrónicos (interacciones medicamentosas, recomendaciones de alta estandarizadas para pacientes específicos, etc.)?	X		X		X		X	
22	Utiliza check lists o lista de verificación para la seguridad del paciente.	X		X		X		X	
	Identificación prospectiva de riesgos	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
23	Utiliza un mapeo de los riesgos del servicio de salud.	X		X		X		X	

24	Se realizan rondas de seguridad del paciente en los sectores para identificar riesgos.	X			X			X	
25	Utiliza una fuente externa para identificar riesgos (por ejemplo, alertas de salud, noticias en los medios, etc.)	X			X			X	
	Análisis y evaluación de riesgos	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
26	Realiza análisis de causas y factores contribuyentes para cualquier evento adverso en el últimos 12 meses.	X		X				X	
27	Utiliza herramientas de análisis cualitativo para causas y factores contribuyentes (diagrama de flujo, diagrama de causa-efecto, análisis de campo de fuerza, lluvia de ideas, etc)	X		X				X	
28	Utiliza herramientas para el análisis cuantitativo de las causas o factores contribuyentes de los riesgos (histograma, estratificación, diagrama de Pareto y gráfico de control).	X		X				X	
29	Utiliza alguna matriz de priorización de riesgos basada en criterios de severidad y frecuencia.	X		X				X	
	Tratamiento de riesgos	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
30	Ha implementado protocolos básicos de seguridad del paciente.	X		X				X	
31	Ha implementado acciones de reducción de riesgos en respuesta a los eventos adversos investigados.	X		X				X	
32	Presenta un plan de acción completo (calendario, responsables, recursos e indicadores) para las acciones de reducción de riesgos.	X		X				X	
	Comunicación de riesgos	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
33	La alta dirección, reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X		X				X	
34	Los coordinadores y jefes inmediatos reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X		X				X	
35	Los profesionales asistenciales, reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X		X				X	
36	La comunicación a los pacientes sobre eventos adversos (revelación abierta de errores) está estandarizada por alguna norma, protocolo o política institucional.	X		X				X	

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
VARIABLE 2: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE								
DIMENSIÓN 1: CLIMA DE TRABAJO EN EQUIPO								
1	Los médicos y enfermeras trabajan juntos como un equipo bien coordinado.	X		X		X		
2	Las sugerencias o aportes de las enfermeras son bien recibidas.	X		X		X		
3	Tengo el apoyo necesario de otros miembros del personal para atender a los pacientes.	X		X		X		
4	Los desacuerdos se resuelven adecuadamente (es decir, no quien tiene la razón sino que es lo mejor para el paciente)	X		X		X		
5	Es fácil para el personal realizar preguntas cuando hay algo que no entiende.	X		X		X		
6	Es difícil hablar si se percibe un problema con la atención del paciente.*	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: CLIMA DE SEGURIDAD								
7	La cultura existente en este establecimiento hace que sea fácil aprender de los errores otros.	X		X		X		
8	Conozco los canales adecuados para dirigir preguntas sobre la seguridad del paciente.	X		X		X		
9	Mis compañeros/ colegas me alientan a informar comunicar cualquier inquietud que pueda tener sobre la seguridad del paciente.	X		X		X		
10	En este establecimiento es difícil hablar de errores.*	X		X		X		
11	Los errores se manejan adecuadamente en este establecimiento.	X		X		X		
12	Me siento seguro si soy atendido en este establecimiento como paciente.	X		X		X		
13	Recibo comentarios apropiados sobre mi desempeño.	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: SATISFACCIÓN LABORAL								
15	Este establecimiento es un buen lugar para trabajar.	X		X		X		

16	Estoy orgulloso de trabajar en este establecimiento.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
17	Trabajar en este establecimiento es como formar parte de una gran familia.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
18	La moral en este establecimiento es alta.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
19	Me gusta mi trabajo.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
	DIMENSION 4: PERCEPCION DEL ESTRES	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No	
20	Cuando mi carga de trabajo se vuelve excesiva, mi rendimiento se ve afectado.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
21	Es más probable que cometa errores en situaciones hostiles o tensas.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
22	El cansancio afecta mi desempeño durante situaciones de emergencia.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
23	Soy menos efectivo en el trabajo cuando estoy cansado.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
	DIMENSION 5: PERCEPCION DE LA GESTION	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No	
24	La administración están haciendo un buen trabajo.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
25	La administración apoyan mis esfuerzos diarios en el trabajo.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
26	La administración no comprometen la seguridad del paciente deliberadamente.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
27	El personal problemáticos es tratado de forma constructiva.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
28	Recibo información oportuna y adecuada sobre eventos que puedan afectar mi trabajo.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
	DIMENSION 6: CONDICIONES DE TRABAJO	Si	No		Si	No		Si	No		Si	No	
29	Este establecimiento hace un buen trabajo al capacitar al personal nuevo.	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					
30	La cantidad de personal es suficiente para manejar la cantidad de pacientes	<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>					

31	Tengo disponible de forma rutinaria toda la información necesaria para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas.	X		X		X		X	
32	Los estudiantes en mi disciplina están adecuadamente supervisados.	X		X		X		X	
	Estos ítem no pertenecen a ninguna dimensión del instrumento original pero los autores lo consideran para la versión corta del instrumento.	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
14	Mis sugerencias o propuestas sobre seguridad del paciente se tendrían en cuenta si las comunicara a al jefe o coordinador.	X		X		X		X	
33	El trabajo con el personal de enfermería este establecimiento es bueno.	X		X		X		X	
34	El trabajo con el personal médico es bueno.	X		X		X		X	
35	El trabajo con otros profesionales del establecimiento es bueno.	X		X		X		X	
36	Es común las demoras en la atención del paciente por problemas en la comunicación entre el personal de salud.*	F		X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Sí hay Suficiencia

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

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg. Natalia S. K. Nájera K. Ponce de León Pri. V. S. L. A. R. A.

DNI: 1061330 Especialidad del validador: Nacister en Salud Pública.

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

16 de 20 del 20...

Natalia K Ponce de León A

Firma del Experto Informante

“GESTIÓN DE RIESGOS Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL USUARIO EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, AYACUCHO- PERÚ, 2022”

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
VARIABLE 1: GESTIÓN DE RIESGOS								
DIMENSIÓN 1: ESTRUCTURA								
	Sensibilización							
1	La institución de salud ha impulsado alguna acción de sensibilización sobre la seguridad del paciente en los últimos 12 meses (evento, campaña, etc.).	X		X		X		
2	Existen carteles, carpetas, afiches entre otros, en la institución llamando la atención sobre la Seguridad del paciente.	X		X		X		
	Responsabilidad							
3	Existe un comité responsable de coordinar las acciones de seguridad del paciente.	X		X		X		
4	Se ha designado un coordinador responsable de ejecutar el plan de seguridad del paciente.	X		X		X		
5	Existe un Plan de Seguridad del Paciente.	X		X		X		
	Recursos							
6	La institución cuenta con profesionales que se dedican a actividades de gestión de riesgos.	Si	No	Si	No	Si	No	
7	La institución cuenta con infraestructura para el funcionamiento del plan nacional de seguridad del paciente.	X		X		X		
8	La institución proporciona insumos para las acciones de gestión de riesgos en salud.	X		X		X		
9	La institución ha brindado capacitación a sus profesionales en el área (gestión de riesgos, gestión de calidad, seguridad del paciente, etc).	X		X		X		
	Promoción de la cultura de seguridad							
10	Ha evaluado la cultura de seguridad del paciente en los últimos 24 meses.	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Comunico los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente a sus compañeros, coordinadores y jefes?	X		X		X		
12	Ha implementado alguna intervención para mejorar los resultados identificados en la evaluación de la cultura de seguridad del paciente.	X		X		X		
	DIMENSIÓN 2: PROCESO							
	Identificación de riesgos							
13	Utiliza un sistema interno de reporte de incidentes.	X		X		X		

31	Ha implementado acciones de reducción de riesgos en respuesta a los eventos adversos investigados.	X			X			X	
32	Presenta un plan de acción completo (calendario, responsables, recursos e indicadores) para las acciones de reducción de riesgos.	X			X			X	
	Comunicación de riesgos	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
33	La alta dirección, reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X			X			X	
34	Los coordinadores y jefes inmediatos reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X			X			X	
35	Los profesionales asistenciales, reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X			X			X	
36	La comunicación a los pacientes sobre eventos adversos (revelación abierta de errores) está estandarizada por alguna norma, protocolo o política institucional.	X			X			X	
37	Realiza notificación externa a través un sistema, mensualmente.	X			X			X	
	Integración de los procesos de riesgos	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
38	Ha realizado un ciclo completo de gestión de riesgos (identificación, análisis, evaluación, tratamiento y seguimiento) o ciclo de mejora de la calidad centrado en la seguridad del paciente (PDCA, ciclo de evaluación y mejora) en los últimos 12 meses.	X			X			X	
39	Se realizó Análisis de Causa Raíz (RCA) o Protocolo de Londres en los últimos 12 meses.	X			X			X	
40	Se realizó análisis de modos y efectos de falla realizados (AMFE o FMEA) en los últimos 12 meses.	X			X			X	
N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias	
	VARIABLE 2: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE								
	DIMENSION 1: CLIMA DE TRABAJO EN EQUIPO	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
1	Los médicos y enfermeras trabajan juntos como un equipo bien coordinado.	X		X		X		X	
2	Las sugerencias o aportes de las enfermeras son bien recibidas.	X		X		X		X	
3	Tengo el apoyo necesario de otros miembros del personal para atender a los pacientes.	X		X		X		X	
4	Los desacuerdos se resuelven adecuadamente (es decir, no quien tiene la razón sino que es lo mejor para el paciente)	X		X		X		X	
5	Es fácil para el personal realizar preguntas cuando hay algo que no entiendo.	X		X		X		X	
6	Es difícil hablar si se percibe un problema con la atención del paciente.*	X		X		X		X	
	DIMENSION 2: CLIMA DE SEGURIDAD	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

32	Los estudiantes en mi disciplina están adecuadamente supervisados.	X							
	Estos ítem no pertenecen a ninguna dimensión del instrumento original pero los autores lo consideran para la versión corta del instrumento.	SI	No	X	SI	No	X	SI	No
14	Mis sugerencias o propuestas sobre seguridad del paciente se tendrían en cuenta si las comunicara a al jefe o coordinador.	X			X			X	
33	El trabajo con el personal de enfermería este establecimiento es bueno.	X			X			X	
34	El trabajo con el personal médico es bueno.	X			X			X	
35	El trabajo con otros profesionales del establecimiento es bueno.	X			X			X	
36	Es común las demoras en la atención del paciente por problemas en la comunicación entre el personal de salud.*	X			X			X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: HILDA PILAR RODRIGUEZ DELGADO

DNI.....Especialidad del validador: GERENCIA EN SALUD.....

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado

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

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

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

..... de 29 de 09 del 2022.....



Firma del Experto Informante

“GESTIÓN DE RIESGOS Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL USUARIO EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, AYACUCHO- PERÚ, 2022”

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
VARIABLE 1: GESTIÓN DE RIESGOS								
DIMENSIÓN 1: ESTRUCTURA								
Sensibilización								
1	La institución de salud ha impulsado alguna acción de sensibilización sobre la seguridad del paciente en los últimos 12 meses (evento, campaña, etc.).	X		X		X		
2	Existen carteles, carpetas, afiches entre otros, en la institución llamando la atención sobre la Seguridad del paciente.	X		X		X		
Responsabilidad								
3	Existe un comité responsable de coordinar las acciones de seguridad del paciente.	Si	No	Si	No	Si	No	
4	Se ha designado un coordinador responsable de ejecutar el plan de seguridad del paciente.	X		X		X		
5	Existe un Plan de Seguridad del Paciente.	X		X		X		
Recursos								
6	La institución cuenta con profesionales que se dedican a actividades de gestión de riesgos.	Si	No	Si	No	Si	No	
7	La institución cuenta con infraestructura para el funcionamiento del plan nacional de seguridad del paciente.	X		X		X		
8	La institución proporciona insumos para las acciones de gestión de riesgos en salud.	X		X		X		
9	La institución ha brindado capacitación a sus profesionales en el área (gestión de riesgos, gestión de calidad, seguridad del paciente, etc).	X		X		X		
Promoción de la cultura de seguridad								
10	Ha evaluado la cultura de seguridad del paciente en los últimos 24 meses.	Si	No	Si	No	Si	No	
11	Comunico los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente a sus compañeros, coordinadores y jefes?	X		X		X		
12	Ha implementado alguna intervención para mejorar los resultados identificados en la evaluación de la cultura de seguridad del paciente.	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: PROCESO								
Identificación de riesgos								
13	Utiliza un sistema interno de reporte de incidentes.	X		x		X		

14	Se divulga entre los profesionales una lista de eventos centinela o nunca eventos para notificación.	X		X		X		X	
15	Monitorea indicadores de adherencia a las metas de seguridad del paciente.	X		X		X		X	
16	Utiliza información de quejas y reclamos para identificar riesgos.	X		X		X		X	
17	Utiliza indicadores de seguimiento (pistas de la existencia de incidentes de seguridad) o indicadores de resultado para identificar riesgos.	X		X		X		X	
18	Usa información del comité de revisión de muertes para identificar riesgos.	X		X		X		X	
19	Analiza los procesos de litigio de la institución para la identificación de riesgos.	X		X		X		X	
	Identificación de riesgos en tiempo real	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
20	Utiliza la observación directa para identificar riesgos. (observación de la higiene de manos, precauciones de contacto con pacientes en aislamiento, barreras protectoras en la inserción de CVP, etc.)?	X		X		X		X	
21	Utiliza un sistema de alerta electrónico en los registros médicos electrónicos (interacciones medicamentosas, recomendaciones de alta estandarizadas para pacientes específicos, etc.)?	X		X		X		X	
22	Utiliza check lists o lista de verificación para la seguridad del paciente.	X		X		X		X	
	Identificación prospectiva de riesgos	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
23	Utiliza un mapeo de los riesgos del servicio de salud.	X		X		X		X	
24	Se realizan rondas de seguridad del paciente en los sectores para identificar riesgos.	X		X		X		X	
25	Utiliza una fuente externa para identificar riesgos (por ejemplo, alertas de salud, noticias en los medios, etc.)	X		X		X		X	
	Análisis y evaluación de riesgos	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
26	Realiza análisis de causas y factores contribuyentes para cualquier evento adverso en el últimos 12 meses.	X		X		X		X	
27	Utiliza herramientas de análisis cualitativo para causas y factores contribuyentes (diagrama de flujo, diagrama de causa-efecto, análisis de campo de fuerza, lluvia de ideas, etc)	X		X		X		X	
28	Utiliza herramientas para el análisis cuantitativo de las causas o factores contribuyentes de los riesgos (histograma, estratificación, diagrama de Pareto y gráfico de control)	X		X		X		X	
29	Utiliza alguna matriz de priorización de riesgos basada en criterios de severidad y frecuencia.	X		X		X		X	
	Tratamiento de riesgos	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
30	Ha implementado protocolos básicos de seguridad del paciente.	X		X		X		X	

31	Ha implementado acciones de reducción de riesgos en respuesta a los eventos adversos investigados.	X		X		X		X	
32	Presenta un plan de acción completo (calendario, responsables, recursos e indicadores) para las acciones de reducción de riesgos.	X		X		X		X	
	Comunicación de riesgos	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
33	La alta dirección, reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X		X		X		X	
34	Los coordinadores y jefes inmediatos reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X		X		X		X	
35	Los profesionales asistencial, reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X		X		X		X	
36	La comunicación a los pacientes sobre eventos adversos (revelación abierta de errores) está estandarizada por alguna norma, protocolo o política institucional.	X		X		X		X	
37	Realiza notificación externa a través un sistema, mensualmente.	X		X		X		X	
	Integración de los procesos de riesgos	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
38	Ha realizado un ciclo completo de gestión de riesgos (identificación, análisis, evaluación, tratamiento y seguimiento) o ciclo de mejora de la calidad centrado en la seguridad del paciente (PDCA, ciclo de evaluación y mejora) en los últimos 12 meses.	X		X		X		X	
39	Se realizó Análisis de Causa Raíz (RCA) o Protocolo de Londres en los últimos 12 meses.	X		X		X		X	
40	Se realizó análisis de modos y efectos de falla realizados (AMFE o FMEA) en los últimos 12 meses.	X		X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dra: Remuzgo Artezano, Anika

DNI: 40851214 Especialidad del validador: Docencia e investigación en salud

04 de octubre del 2022

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

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



Firma del Experto Informante

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
VARIABLE 2: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE								
DIMENSIÓN 1: CLIMA DE TRABAJO EN EQUIPO								
1	Los médicos y enfermeras trabajan juntos como un equipo bien coordinado.	X		X		X		
2	Las sugerencias o aportes de las enfermeras son bien recibidas.	X		X		X		
3	Tengo el apoyo necesario de otros miembros del personal para atender a los pacientes.	X		X		X		
4	Los desacuerdos se resuelven adecuadamente (es decir, no quien tiene la razón sino que es lo mejor para el paciente)	X		X		X		
5	Es fácil para el personal realizar preguntas cuando hay algo que no entiende.	X		X		X		
6	Es difícil hablar si se percibe un problema con la atención del paciente. *	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: CLIMA DE SEGURIDAD								
7	La cultura existente en este establecimiento hace que sea fácil aprender de los errores otros.	X		X		X		
8	Conozco los canales adecuados para dirigir preguntas sobre la seguridad del paciente.	X		X		X		
9	Mis compañeros/ colegas me alientan a informar comunicar cualquier inquietud que pueda tener sobre la seguridad del paciente.	X		X		X		
10	En este establecimiento es difícil hablar de errores. *	X		X		X		
11	Los errores se manejan adecuadamente en este establecimiento.	X		X		X		
12	Me siento seguro si soy atendido en este establecimiento como paciente.	X		X		X		
13	Recibo comentarios apropiados sobre mi desempeño.	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: SATISFACCIÓN LABORAL								
15	Este establecimiento es un buen lugar para trabajar.	X		X		X		
16	Estoy orgulloso de trabajar en este establecimiento.	X		X		X		
17	Trabajar en este establecimiento es como formar parte de una gran familia.	X		X		X		
18	La moral en este establecimiento es alta.	X		X		X		
19	Me gusta mi trabajo.	X		X		X		
DIMENSIÓN 4: PERCEPCIÓN DEL ESTRÉS								
20	Cuando mi carga de trabajo se vuelve excesiva, mi rendimiento se ve afectado.	X		X		X		
21	Es más probable que cometa errores en situaciones hostiles o tensas.	X		X		X		
22	El cansancio afecta mi desempeño durante situaciones de emergencia.	X		X		X		
23	Soy menos efectivo en el trabajo cuando estoy cansado.	X		X		X		

DIMENSIÓN 5: PERCEPCIÓN DE LA GESTIÓN		SI	No	SI	No	SI	No
24	La administración están haciendo un buen trabajo.	X		X		X	
25	La administración apoyan mis esfuerzos diarios en el trabajo.	X		X		X	
26	La administración no comprometen la seguridad del paciente deliberadamente.	X		X		X	
27	El personal problemáticos es tratado de forma constructiva.	X		X		X	
28	Recibo información oportuna y adecuada sobre eventos que puedan afectar mi trabajo.	X		X		X	
DIMENSIÓN 6: CONDICIONES DE TRABAJO		SI	No	SI	No	SI	No
29	Este establecimiento hace un buen trabajo al capacitar al personal nuevo.	X		X		X	
30	La cantidad de personal es suficiente para manejar la cantidad de pacientes	X		X		X	
31	Tengo disponible de forma rutinaria toda la información necesaria para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas.	X		X		X	
32	Los estudiantes en mi disciplina están adecuadamente supervisados.	X		X		X	
14	Estos ítem no pertenecen a ninguna dimensión del instrumento original pero los autores lo consideran para la versión corta del instrumento.	SI	No	SI	No	SI	No
14	Mis sugerencias o propuestas sobre seguridad del paciente se tendrían en cuenta si las comunicara a al jefe o coordinador.	X		X		X	
33	El trabajo con el personal de enfermería este establecimiento es bueno.	X		X		X	
34	El trabajo con el personal médico es bueno.	X		X		X	
35	El trabajo con otros profesionales del establecimiento es bueno.	X		X		X	
36	Es común las demoras en la atención del paciente por problemas en la comunicación entre el personal de salud. *	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dña: Remuzgo Artezano, Arika

DNI: 40851214 Especialidad del validador: Docencia e investigación en salud

04 de octubre del 2022

*Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado

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

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

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

Firma del Experto Informan

“GESTIÓN DE RIESGOS Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL USUARIO EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, AYACUCHO- PERÚ, 2022”

N°	DIMENSIONES / items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
VARIABLE 1: GESTIÓN DE RIESGOS								
DIMENSIÓN 1: ESTRUCTURA								
Sensibilización								
1	La institución de salud ha impulsado alguna acción de sensibilización sobre la seguridad del paciente en los últimos 12 meses (evento, campaña, etc.).	X		X		X		
2	Existen carteles, carpetas, afiches entre otros, en la institución llamando la atención sobre la Seguridad del paciente.	X		X		X		
Responsabilidad								
3	Existe un comité responsable de coordinar las acciones de seguridad del paciente.	X	No	X	No	X	No	
4	Se ha designado un coordinador responsable de ejecutar el plan de seguridad del paciente.	X		X		X		
5	Existe un Plan de Seguridad del Paciente.							
Recursos								
6	La institución cuenta con profesionales que se dedican a actividades de gestión de riesgos.	X	No	X	No	X	No	
7	La institución cuenta con infraestructura para el funcionamiento del plan nacional de seguridad del paciente.	X		X		X		
8	La institución proporciona insumos para las acciones de gestión de riesgos en salud.	X		X		X		
9	La institución ha brindado capacitación a sus profesionales en el área (gestión de riesgos, gestión de calidad, seguridad del paciente, etc.).	X		X		X		
Promoción de la cultura de seguridad								
10	Ha evaluado la cultura de seguridad del paciente en los últimos 24 meses.	X	No	X	No	X	No	
11	Comunico los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente a sus compañeros, coordinadores y jefes?	X		X		X		
12	Ha implementado alguna intervención para mejorar los resultados identificados en la evaluación de la cultura de seguridad del paciente.	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: PROCESO								
Identificación de riesgos								
13	Utiliza un sistema interno de reporte de incidentes.	X		X		X		

14	Se divulga entre los profesionales una lista de eventos centinela o nunca eventos para notificación.	X		X		X		X	
15	Monitorea indicadores de adherencia a las metas de seguridad del paciente.	X		X		X		X	
16	Utiliza información de quejas y reclamos para identificar riesgos.	X		X		X		X	
17	Utiliza indicadores de seguimiento (pistas de la existencia de incidentes de seguridad) o indicadores de resultado para identificar riesgos.	X		X		X		X	
18	Usa información del comité de revisión de muertes para identificar riesgos.	X		X		X		X	
19	Analiza los procesos de litigio de la institución para la identificación de riesgos.	X		X		X		X	
	Identificación de riesgos en tiempo real	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
20	Utiliza la observación directa para identificar riesgos. (observación de la higiene de manos, precauciones de contacto con pacientes en aislamiento, barreras protectoras en la inserción de CVP, etc.)?	X		X		X		X	
21	Utiliza un sistema de alerta electrónico en los registros médicos electrónicos (interacciones medicamentosas, recomendaciones de alta estandarizadas para pacientes específicos, etc.)?	X		X		X		X	
22	Utiliza check lists o lista de verificación para la seguridad del paciente.	X		X		X		X	
	Identificación prospectiva de riesgos	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
23	Utiliza un mapeo de los riesgos del servicio de salud.	X		X		X		X	
24	Se realizan rondas de seguridad del paciente en los sectores para identificar riesgos.	X		X		X		X	
25	Utiliza una fuente externa para identificar riesgos (por ejemplo, alertas de salud, noticias en los medios, etc.)	X		X		X		X	
	Análisis y evaluación de riesgos	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
26	Realiza análisis de causas y factores contribuyentes para cualquier evento adverso en el último 12 meses.	X		X		X		X	
27	Utiliza herramientas de análisis cualitativo para causas y factores contribuyentes (diagrama de flujo, diagrama de causa-efecto, análisis de campo de fuerza, lluvia de ideas, etc)	X		X		X		X	
28	Utiliza herramientas para el análisis cuantitativo de las causas o factores contribuyentes de los riesgos (histograma, estratificación, diagrama de Pareto y gráfico de control).	X		X		X		X	
29	Utiliza alguna matriz de priorización de riesgos basada en criterios de severidad y frecuencia.	X		X		X		X	
	Tratamiento de riesgos	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
30	Ha implementado protocolos básicos de seguridad del paciente.	X		X		X		X	

31	Ha implementado acciones de reducción de riesgos en respuesta a los eventos adversos investigados.	X		X		X		X	
32	Presenta un plan de acción completo (calendario, responsables, recursos e indicadores) para las acciones de reducción de riesgos.	X		X		X		X	
	Comunicación de riesgos	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
33	La alta dirección, reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X		X		X		X	
34	Los coordinadores y jefes inmediatos reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X		X		X		X	
35	Los profesionales asistenciales, reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X		X		X		X	
36	La comunicación a los pacientes sobre eventos adversos (revelación abierta de errores) está estandarizada por alguna norma, protocolo o política institucional.	X		X		X		X	
37	Realiza notificación externa a través un sistema, mensualmente.	X		X		X		X	
	Integración de los procesos de riesgos	SI	No	SI	No	SI	No	SI	No
38	Ha realizado un ciclo completo de gestión de riesgos (identificación, análisis, evaluación, tratamiento y seguimiento) o ciclo de mejora de la calidad centrado en la seguridad del paciente (PDCA, ciclo de evaluación y mejora) en los últimos 12 meses.	X		X		X		X	
39	Se realizó Análisis de Causa Raíz (RCA) o Protocolo de Londres en los últimos 12 meses.	X		X		X		X	
40	Se realizó análisis de modos y efectos de falla realizados (AMFE o FMEA) en los últimos 12 meses.	X		X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dra. AGUAYO CABANA, ANABEL ROXANA

DNI:09608099 Especialidad del validador: Maestría en Gerencia en salud, Esp. Enfermería neuroquirúrgica y esp. En administración en salud.

05 de octubre de 2022

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

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

Firma del Experto Informante

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
VARIABLE 2: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE								
DIMENSIÓN 1: CLIMA DE TRABAJO EN EQUIPO								
1	Los médicos y enfermeras trabajan juntos como un equipo bien coordinado.	X		X		X		
2	Las sugerencias o aportes de las enfermeras son bien recibidas.	X		X		X		
3	Tengo el apoyo necesario de otros miembros del personal para atender a los pacientes.	X		X		X		
4	Los desacuerdos se resuelven adecuadamente (es decir, no quien tiene la razón sino que es lo mejor para el paciente)	X		X		X		
5	Es fácil para el personal realizar preguntas cuando hay algo que no entiendo.	X		X		X		
6	Es difícil hablar si se percibe un problema con la atención del paciente. *	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: CLIMA DE SEGURIDAD								
7	La cultura existente en este establecimiento hace que sea fácil aprender de los errores otros.	X		X		X		
8	Conozco los canales adecuados para dirigir preguntas sobre la seguridad del paciente.	X		X		X		
9	Mis compañeros/ colegas me alientan a informar comunicar cualquier inquietud que pueda tener sobre la seguridad del paciente.	X		X		X		
10	En este establecimiento es difícil hablar de errores. *	X		X		X		
11	Los errores se manejan adecuadamente en este establecimiento.	X		X		X		
12	Me siento seguro si soy atendido en este establecimiento como paciente.	X		X		X		
13	Recibo comentarios apropiados sobre mi desempeño.	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: SATISFACCIÓN LABORAL								
15	Este establecimiento es un buen lugar para trabajar.	X		X		X		
16	Estoy orgulloso de trabajar en este establecimiento.	X		X		X		
17	Trabajar en este establecimiento es como formar parte de una gran familia.	X		X		X		
18	La moral en este establecimiento es alta.	X		X		X		
19	Me gusta mi trabajo.	X		X		X		
DIMENSIÓN 4: PERCEPCIÓN DEL ESTRÉS								
20	Cuando mi carga de trabajo se vuelve excesiva, mi rendimiento se ve afectado.	X		X		X		
21	Es más probable que cometa errores en situaciones hostiles o tensas.	X		X		X		
22	El cansancio afecta mi desempeño durante situaciones de emergencia.	X		X		X		
23	Soy menos efectivo en el trabajo cuando estoy cansado.	X		X		X		

DIMENSIÓN 5: PERCEPCION DE LA GESTION		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
24	La administración están haciendo un buen trabajo.	X		X		X		X	
25	La administración apoyan mis esfuerzos diarios en el trabajo.	X		X		X		X	
26	La administración no comprometen la seguridad del paciente deliberadamente.	X		X		X		X	
27	El personal problemáticos es tratado de forma constructiva.	X		X		X		X	
28	Recibo información oportuna y adecuada sobre eventos que puedan afectar mi trabajo.	X		X		X		X	
DIMENSIÓN 6: CONDICIONES DE TRABAJO		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
29	Este establecimiento hace un buen trabajo al capacitar al personal nuevo.	X		X		X		X	
30	La cantidad de personal es suficiente para manejar la cantidad de pacientes	X		X		X		X	
31	Tengo disponible de forma rutinaria toda la información necesaria para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas.	X		X		X		X	
32	Los estudiantes en mi disciplina están adecuadamente supervisados.	X		X		X		X	
Estos ítem no pertenecen a ninguna dimensión del instrumento original pero los autores lo consideran para la versión corta del instrumento.		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
14	Mis sugerencias o propuestas sobre seguridad del paciente se tendrían en cuenta si las comunicara a al jefe o coordinador.	X		X		X		X	
33	El trabajo con el personal de enfermería este establecimiento es bueno.	X		X		X		X	
34	El trabajo con el personal médico es bueno.	X		X		X		X	
35	El trabajo con otros profesionales del establecimiento es bueno.	X		X		X		X	
36	Es común las demoras en la atención del paciente por problemas en la comunicación entre el personal de salud. *	X		X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

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

Apellidos y nombres del juez validador: Dra: AGUAYO CABANA, ANABEL ROXANA

DNI:09608099 Especialidad del validador: Maestría en Gerencia en salud, esp. Enfermería neuroquímica y esp. En administración en salud.

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

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

5 de octubre de 2022

Firma del Experto Informante

“GESTIÓN DE RIESGOS Y CULTURA DE SEGURIDAD DEL USUARIO EN ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, AYACUCHO- PERÚ, 2022”

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
VARIABLE I: GESTIÓN DE RIESGOS								
DIMENSIÓN 1: ESTRUCTURA								
Sensibilización								
1	La institución de salud ha impulsado alguna acción de sensibilización sobre la seguridad del paciente en los últimos 12 meses (evento, campaña, etc.).	X		X		X		
2	Existen carteles, carpetas, afiches entre otros, en la institución llamando la atención sobre la Seguridad del paciente.	X		X		X		
Responsabilidad								
3	Existe un comité responsable de coordinar las acciones de seguridad del paciente.	X		X		X		
4	Se ha designado un coordinador responsable de ejecutar el plan de seguridad del paciente.	X		X		X		
5	Existe un Plan de Seguridad del Paciente.	X		X		X		
Recursos								
6	La institución cuenta con profesionales que se dedican a actividades de gestión de riesgos.	X		X		X		
7	La institución cuenta con infraestructura para el funcionamiento del plan nacional de seguridad del paciente.	X		X		X		
8	La institución proporciona insumos para las acciones de gestión de riesgos en salud.	X		X		X		
9	La institución ha brindado capacitación a sus profesionales en el área (gestión de riesgos, gestión de calidad, seguridad del paciente, etc.	X		X		X		
Promoción de la cultura de seguridad								
10	Ha evaluado la cultura de seguridad del paciente en los últimos 24 meses.	X		X		X		
11	¿Comunico los resultados de la evaluación de la cultura de seguridad del paciente a sus compañeros, coordinadores y jefes?	X		X		X		
12	Ha implementado alguna intervención para mejorar los resultados identificados en la evaluación de la cultura de seguridad del paciente.	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: PROCESO								
Identificación de riesgos								
13	Utiliza un sistema interno de reporte de incidentes.	X		X		X		

14	Se divulga entre los profesionales una lista de eventos centinela o nunca eventos para notificación.	X		X		X		X	
15	Monitorea indicadores de adherencia a las metas de seguridad del paciente.	X		X		X		X	
16	Utiliza información de quejas y reclamos para identificar riesgos.	X		X		X		X	
17	Utiliza indicadores de seguimiento (pistas de la existencia de incidentes de seguridad) o indicadores de resultado para identificar riesgos.	X		X		X		X	
18	Usa información del comité de revisión de muertes para identificar riesgos.	X		X		X		X	
19	Analiza los procesos de litigio de la institución para la identificación de riesgos.	X		X		X		X	
	Identificación de riesgos en tiempo real	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
20	Utiliza la observación directa para identificar riesgos. (observación de la higiene de manos, precauciones de contacto con pacientes en aislamiento, barreras protectoras en la inserción de CVP, etc.)?	X		X		X		X	
21	¿Utiliza un sistema de alerta electrónico en los registros médicos electrónicos (interacciones medicamentosas, recomendaciones de alta estandarizadas para pacientes específicos, etc.)?	X		X		X		X	
22	Utiliza check lists o lista de verificación para la seguridad del paciente.	X		X		X		X	
	Identificación prospectiva de riesgos	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
23	Utiliza un mapeo de los riesgos del servicio de salud.	X		X		X		X	
24	Se realizan rondas de seguridad del paciente en los sectores para identificar riesgos.	X		X		X		X	
25	Utiliza una fuente externa para identificar riesgos (por ejemplo, alertas de salud, noticias en los medios, etc.)	X		X		X		X	
	Análisis y evaluación de riesgos	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
26	Realiza análisis de causas y factores contribuyentes para cualquier evento adverso en los últimos 12 meses.	X		X		X		X	
27	Utiliza herramientas de análisis cualitativo para causas y factores contribuyentes (diagrama de flujo, diagrama de causa-efecto, análisis de campo de fuerza, lluvia de ideas, etc.)	X		X		X		X	
28	Utiliza herramientas para el análisis cuantitativo de las causas o factores contribuyentes de los riesgos (histograma, estratificación, diagrama de Pareto y gráfico de control).	X		X		X		X	
29	Utiliza alguna matriz de priorización de riesgos basada en criterios de severidad y frecuencia.	X		X		X		X	
	Tratamiento de riesgos	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
30	Ha implementado protocolos básicos de seguridad del paciente.	X		X		X		X	

31	Ha implementado acciones de reducción de riesgos en respuesta a los eventos adversos investigados.	X	X	X	X	X	
32	Presenta un plan de acción completo (calendario, responsables, recursos e indicadores) para las acciones de reducción de riesgos.	X	X	X	X	X	
	Comunicación de riesgos	Si	No	Si	No	Si	No
33	La alta dirección, reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X	X	X	X	X	
34	Los coordinadores y jefes inmediatos reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X	X	X	X	X	
35	Los profesionales asistenciales, reciben comunicación periódica sobre las actividades y resultados de la gestión del riesgo asistencial.	X	X	X	X	X	
36	La comunicación a los pacientes sobre eventos adversos (revelación abierta de errores) está estandarizada por alguna norma, protocolo o política institucional.	X	X	X	X	X	
37	Realiza notificación externa a través un sistema, mensualmente.	X	X	X	X	X	
	Integración de los procesos de riesgos	Si	No	Si	No	Si	No
38	Ha realizado un ciclo completo de gestión de riesgos (identificación, análisis, evaluación, tratamiento y seguimiento) o ciclo de mejora de la calidad centrado en la seguridad del paciente (PDCA, ciclo de evaluación y mejora) en los últimos 12 meses.	X	X	X	X	X	
39	Se realizó Análisis de Causa Raíz (RCA) o Protocolo de Londres en los últimos 12 meses.	X	X	X	X	X	
40	Se realizó análisis de modos y efectos de falla realizados (AMFE o FMEA) en los últimos 12 meses.	X	X	X	X	X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): se observa la suficiencia en el instrumento

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

Apellidos y nombres del juez validador: Dr. ANDREY SINDEEV

CE: ...000323228.....Especialidad del validador: ...DOCTOR EN GESTIÓN EN SALUD.....

Perinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado. **Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

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

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

.....28.....de...01.....del 2023.....

Firma del Experto Informante

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
VARIABLE 2: CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE								
DIMENSIÓN 1: CLIMA DE TRABAJO EN EQUIPO								
1	Los médicos y enfermeras trabajan juntos como un equipo bien coordinado.	X		X		X		
2	Las sugerencias o aportes de las enfermeras son bien recibidas.	X		X		X		
3	Tengo el apoyo necesario de otros miembros del personal para atender a los pacientes.	X		X		X		
4	Los desacuerdos se resuelven adecuadamente (es decir, no quien tiene la razón, sino que es lo mejor para el paciente)	X		X		X		
5	Es fácil para el personal realizar preguntas cuando hay algo que no entiende.	X		X		X		
6	Es difícil hablar si se percibe un problema con la atención del paciente. *	X		X		X		
DIMENSIÓN 2: CLIMA DE SEGURIDAD								
7	La cultura existente en este establecimiento hace que sea fácil aprender de los errores otros.	X		X		X		
8	Conozco los canales adecuados para dirigir preguntas sobre la seguridad del paciente.	X		X		X		
9	Mis compañeros/ colegas me alientan a informar cualquier inquietud que pueda tener sobre la seguridad del paciente.	X		X		X		
10	En este establecimiento es difícil hablar de errores. *	X		X		X		
11	Los errores se manejan adecuadamente en este establecimiento.	X		X		X		
12	Me siento seguro si soy atendido en este establecimiento como paciente.	X		X		X		
13	Recibo comentarios apropiados sobre mi desempeño.	X		X		X		
DIMENSIÓN 3: SATISFACCIÓN LABORAL								
15	Este establecimiento es un buen lugar para trabajar.	X		X		X		
16	Estoy orgulloso de trabajar en este establecimiento.	X		X		X		
17	Trabajar en este establecimiento es como formar parte de una gran familia.	X		X		X		
18	La moral en este establecimiento es alta.	X		X		X		
19	Me gusta mi trabajo.	X		X		X		
DIMENSIÓN 4: PERCEPCIÓN DEL ESTRÉS								
20	Cuando mi carga de trabajo se vuelve excesiva, mi rendimiento se ve afectado.	X		X		X		
21	Es más probable que cometa errores en situaciones hostiles o tensas.	X		X		X		
22	El cansancio afecta mi desempeño durante situaciones de emergencia.	X		X		X		
23	Soy menos efectivo en el trabajo cuando estoy cansado.	X		X		X		

DIMENSION 5: PERCEPCION DE LA GESTION						
		Si	No	Si	No	No
24	La administración está haciendo un buen trabajo.	X		X		
25	La administración apoya mis esfuerzos diarios en el trabajo.	X		X		
26	La administración no compromete la seguridad del paciente deliberadamente.	X		X		
27	El personal problemático es tratado de forma constructiva.	X		X		
28	Recibo información oportuna y adecuada sobre eventos que puedan afectar mi trabajo.	X		X		
DIMENSION 6: CONDICIONES DE TRABAJO						
29	Este establecimiento hace un buen trabajo al capacitar al personal nuevo.	X		X		
30	La cantidad de personal es suficiente para manejar la cantidad de pacientes	X		X		
31	Tengo disponible de forma rutinaria toda la información necesaria para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas.	X		X		
32	Los estudiantes en mi disciplina están adecuadamente supervisados.	X		X		
	Estos ítems no pertenecen a ninguna dimensión del instrumento original pero los autores lo consideran para la versión corta del instrumento.	Si	No	Si	No	No
14	Mis sugerencias o propuestas sobre seguridad del paciente se tendrían en cuenta si las comunicara a al jefe o coordinador.	X		X		
33	El trabajo con el personal de enfermería este establecimiento es bueno.	X		X		
34	El trabajo con el personal médico es bueno.	X		X		
35	El trabajo con otros profesionales del establecimiento es bueno.	X		X		
36	Es común las demoras en la atención del paciente por problemas en la comunicación entre el personal de salud.*	X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): se observa la suficiencia en el instrumento

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr. ANDREY SINDEEV


CE: ...00032228.....**Especialidad del validador:** ...DOCTOR EN GESTIÓN EN SALUD.....

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

es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

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

.....28.....de.....01.....del 2023.....



Firma del Experto Informante

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

3.2. Análisis de la validez de instrumentos de medición a través de juicio de expertos – V de Aiken

Cultura de seguridad																
Ítems	Juez 1			Juez 2			Juez 3			Juez 4			Juez 5			V de Aiken
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0

23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
TOTAL, V de Aiken																1.0

Cultura de Seguridad del Paciente				
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Total
Dimensión 1	1.0	1.0	1.0	1.0
Dimensión 2	1.0	1.0	1.0	1.0
Dimensión 3	1.0	1.0	1.0	1.0
Dimensión 4	1.0	1.0	1.0	1.0
Dimensión 5	1.0	1.0	1.0	1.0
Dimensión 6	1.0	1.0	1.0	1.0
Variable general	1.0	1.0	1.0	1.0

Gestión de Riesgos																
Ítems	Juez 1			Juez 2			Juez 3			Juez 4			Juez 5			V de Aiken
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Pertinencia	Relevancia	Claridad	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
20	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
21	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
22	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0

23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
25	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
26	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
27	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
29	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
30	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
31	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
32	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
33	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
34	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
36	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
37	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
39	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.0
TOTAL, V de Aiken																1.0

Gestión de Riesgos				
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Total
Dimensión 1	1.0	1.0	1.0	1.0
Dimensión 2	1.0	1.0	1.0	1.0
Variable general	1.0	1.0	1.0	1.0

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

4.1. Análisis de confiabilidad del Instrumento Cultura de seguridad

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,974	,974	36

Estadísticas de elemento

	Media	Desv. Desviación	N
ITEM1	3,53	1,103	53
ITEM2	3,49	1,103	53
ITEM3	3,45	1,186	53
ITEM4	3,43	1,101	53
ITEM5	3,53	1,049	53
ITEM6	2,94	1,064	53
ITEM7	3,30	1,067	53
ITEM8	3,30	1,067	53
ITEM9	3,32	1,052	53
ITEM10	2,83	1,069	53
ITEM11	3,21	1,166	53
ITEM12	3,47	,973	53
ITEM13	3,49	1,067	53
ITEM14	3,30	1,067	53
ITEM15	3,57	1,029	53
ITEM16	3,60	1,080	53
ITEM17	3,45	1,066	53
ITEM18	3,40	1,115	53
ITEM19	3,75	1,090	53
ITEM20	3,06	1,099	53
ITEM21	2,77	1,266	53
ITEM22	2,89	1,155	53
ITEM23	2,96	1,224	53

ITEM24	3,19	1,110	53
ITEM25	3,11	1,121	53
ITEM26	3,06	1,064	53
ITEM27	3,28	,968	53
ITEM28	3,32	1,189	53
ITEM29	3,25	1,142	53
ITEM30	3,21	1,081	53
ITEM31	3,42	,989	53
ITEM32	3,38	,965	53
ITEM33	3,51	1,067	53
ITEM34	3,49	1,012	53
ITEM35	3,53	1,012	53
ITEM36	3,08	1,089	53

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Covarianzas entre elementos	,602	,030	1,184	1,154	39,780	,044	36

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM1	115,34	754,921	,742	,973
ITEM2	115,38	761,124	,637	,974
ITEM3	115,42	747,478	,805	,973
ITEM4	115,43	752,981	,777	,973
ITEM5	115,34	752,152	,832	,973
ITEM6	115,92	773,763	,443	,974
ITEM7	115,57	752,827	,806	,973
ITEM8	115,57	758,289	,710	,973
ITEM9	115,55	756,214	,757	,973
ITEM10	116,04	778,883	,353	,975
ITEM11	115,66	750,036	,778	,973

ITEM12	115,40	755,282	,840	,973
ITEM13	115,38	749,855	,857	,973
ITEM14	115,57	754,597	,774	,973
ITEM15	115,30	755,099	,795	,973
ITEM16	115,26	753,237	,788	,973
ITEM17	115,42	751,671	,826	,973
ITEM18	115,47	749,985	,817	,973
ITEM19	115,11	755,448	,742	,973
ITEM20	115,81	770,079	,489	,974
ITEM21	116,09	757,279	,606	,974
ITEM22	115,98	762,596	,583	,974
ITEM23	115,91	763,664	,531	,974
ITEM24	115,68	757,414	,695	,973
ITEM25	115,75	757,035	,694	,973
ITEM26	115,81	762,194	,643	,973
ITEM27	115,58	765,709	,643	,973
ITEM28	115,55	752,753	,719	,973
ITEM29	115,62	753,778	,734	,973
ITEM30	115,66	758,767	,692	,973
ITEM31	115,45	762,522	,689	,973
ITEM32	115,49	759,793	,759	,973
ITEM33	115,36	752,811	,805	,973
ITEM34	115,38	753,816	,833	,973
ITEM35	115,34	755,806	,796	,973
ITEM36	115,79	770,668	,484	,974

4.2. Análisis de confiabilidad del instrumento Gestión de riesgos

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,956	,955	40

Estadísticas de elemento

Media	Desv. Desviación	N
-------	------------------	---

ITEM1	1,66	,478	53
ITEM2	1,62	,489	53
ITEM3	1,66	,478	53
ITEM4	1,53	,504	53
ITEM5	1,66	,478	53
ITEM6	1,72	,455	53
ITEM7	1,64	,484	53
ITEM8	1,72	,455	53
ITEM9	1,58	,497	53
ITEM10	1,40	,494	53
ITEM11	1,42	,497	53
ITEM12	1,43	,500	53
ITEM13	1,70	,463	53
ITEM14	1,64	,484	53
ITEM15	1,53	,504	53
ITEM16	1,58	,497	53
ITEM17	1,60	,494	53
ITEM18	1,58	,497	53
ITEM19	1,40	,494	53
ITEM20	1,74	,445	53
ITEM21	1,49	,505	53
ITEM22	1,60	,494	53
ITEM23	1,55	,503	53
ITEM24	1,58	,497	53
ITEM25	1,57	,500	53
ITEM26	1,62	,489	53
ITEM27	1,55	,503	53
ITEM28	1,45	,503	53
ITEM29	1,53	,504	53
ITEM30	1,60	,494	53
ITEM31	1,53	,504	53
ITEM32	1,55	,503	53
ITEM33	1,68	,471	53
ITEM34	1,60	,494	53
ITEM35	1,58	,497	53
ITEM36	1,51	,505	53

ITEM37	1,57	,500	53
ITEM38	1,53	,504	53
ITEM39	1,47	,504	53
ITEM40	1,40	,494	53

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Covarianzas entre elementos	,084	-,020	,194	,214	-9,554	,001	40

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ITEM1	61,11	136,025	,466	,955
ITEM2	61,15	136,823	,383	,956
ITEM3	61,11	135,410	,522	,955
ITEM4	61,25	135,150	,516	,955
ITEM5	61,11	135,948	,473	,955
ITEM6	61,06	136,631	,434	,955
ITEM7	61,13	134,809	,570	,954
ITEM8	61,06	135,824	,511	,955
ITEM9	61,19	136,118	,438	,955
ITEM10	61,38	136,624	,397	,956
ITEM11	61,36	135,888	,458	,955
ITEM12	61,34	134,652	,564	,955
ITEM13	61,08	134,533	,623	,954
ITEM14	61,13	134,501	,598	,954
ITEM15	61,25	134,112	,607	,954

ITEM16	61,19	134,887	,546	,955
ITEM17	61,17	132,913	,728	,954
ITEM18	61,19	133,002	,714	,954
ITEM19	61,38	134,316	,602	,954
ITEM20	61,04	135,114	,593	,954
ITEM21	61,28	132,899	,713	,954
ITEM22	61,17	134,721	,566	,955
ITEM23	61,23	133,640	,650	,954
ITEM24	61,19	134,887	,546	,955
ITEM25	61,21	135,321	,505	,955
ITEM26	61,15	134,400	,600	,954
ITEM27	61,23	132,832	,722	,954
ITEM28	61,32	133,568	,657	,954
ITEM29	61,25	132,535	,746	,953
ITEM30	61,17	134,298	,603	,954
ITEM31	61,25	134,650	,559	,955
ITEM32	61,23	132,294	,770	,953
ITEM33	61,09	134,779	,589	,954
ITEM34	61,17	135,298	,514	,955
ITEM35	61,19	135,156	,523	,955
ITEM36	61,26	133,967	,618	,954
ITEM37	61,21	134,552	,572	,954
ITEM38	61,25	132,727	,729	,954
ITEM39	61,30	134,022	,615	,954
ITEM40	61,38	134,855	,554	,955

Anexo 5: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título de proyecto de investigación : Gestión de riesgos y cultura de seguridad del profesional de la salud en establecimientos del primer nivel de atención, Ayacucho – Perú, 2023.
Investigadores : Carmen Beatriz Tinoco Valdivia
Institución(es) : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)
Red de Salud Ayacucho Norte

Estamos invitando a usted a participar en un estudio de investigación titulado: “*Gestión de riesgos y cultura de seguridad del profesional de la salud en establecimientos del primer nivel de atención, Ayacucho – Perú, 2023*”. de fecha 06/06/2023 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 la relación entre la gestión de riesgos y cultura de seguridad del profesional de la salud en establecimiento del primer nivel de atención. Su ejecución permitirá obtener información que contribuirá en mejorar las medidas preventivas y las prácticas de seguridad para evitar eventos adversos en los servicios de atención primaria.

Duración del estudio (meses): 3

N° esperado de participantes: 157

Criterios de Inclusión y exclusión:

Inclusión:

- Profesional de la salud de ambos sexos.
- Profesional de la salud que labore en la Red de Salud.
- Profesional de la salud asistencial y/o administrativo.
- Profesional de la salud nombrado, contrato Cas, Locación de servicio y SERUMS.

Exclusión:

- Profesional de la salud que labore menos de 3 meses en la Red de Salud.
- Profesional de la salud que no desee participar en el estudio.

(No deben reclutarse voluntarios entre grupos “vulnerables”: presos, soldados, aborígenes, marginados, estudiantes o empleados con relaciones académicas o económicas con el investigador, etc. Salvo que la investigación redunde en un beneficio concreto y tangible para dicha población y el diseño así lo requiera).

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

- Se le brindará información en relación al proyecto de investigación.
- Responderá a la recolección de datos sociodemográficos.
- Se le indicará los instructivos para responder la encuesta.

La *encuesta* puede demorar unos 15 -20 minutos, se realizará empleando cuestionarios físicos en ella se brindará una descripción del proyecto de investigación y su objetivo, se hará firmar el consentimiento informado así mismo se brindará el instructivo para responder el instrumento.

Los resultados se almacenarán respetando la confidencialidad y su anonimato. Serán publicados exclusivamente confines de la investigación.

Riesgos: *(Detallar los riesgos la participación del sujeto de estudio)*

Su participación en el estudio no presenta ningún riesgo, debido a no que se expondrá a ninguna posibilidad de lesión, daño o consecuencia debido al estudio.

Beneficios: *(Detallar los beneficios de la participación del sujeto de estudio)*

Usted se beneficiará del presente proyecto ya que contribuirá a nuevos conocimientos, así como a las mejoras en medidas de preventivas en temas de seguridad del paciente.

Costos e incentivos: Usted no pagará ningún costo monetario por su participación en la presente investigación. Así mismo, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos 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 paciente: La participación en el presente estudio es voluntaria. Si lo decide puede negarse a participar en el estudio o retirarse de este en cualquier momento, sin que ello cause penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como individuo, así como modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Preguntas/Contacto: Puede comunicarse con el Investigador Principal (*Carmen Tinoco, N° Celular: 949207695, carmenbeatriz0508@gmail.com*).

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

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:** [000]

DNI: [000]

Fecha: (dd/mm/aaaa)


_____ (Firma)

Nombre **investigador:** **Carmen B. Tinoco**

DNI:

Fecha: (dd/mm/aaaa)

Anexo 6: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos, publicación de los resultados, uso del nombre



“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

Huanta, 08 De mayo del 2023

CARTA Nº 043 -2023-GR-AYAC/GG-GRDS-DRSA-REDNHTA-UP.

SEÑORITA:
TINOCO VALDIVIA CARMEN BEATRIZ
EGRESADA
MAESTRIA EN GESTION DE SALUD-UNW
PRESENTE. -

ASUNTO: SE LE ACEPTA INGRESO A LA INSTITUCION PARA RECOLECTAR DATOS PARA TESIS DE POSGRADO.

REF : SOLICITUD 25 de abril 2023

=====

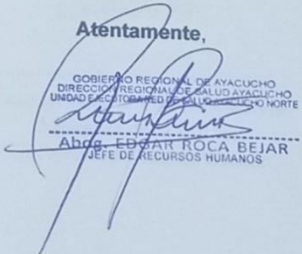
Es grato dirigirme a usted para comunicarle que, en atención a los documentos de la referencia, se LE ACEPTA LA SOLICITUD DE INGRESO A LA INSTITUCION PARA REALIZAR ESTUDIO DE TESIS DE POSGRADO, de fecha 25 de abril del 2023, para recolectar datos como parte de su proyecto de tesis para optar el grado de MAESTRO EN GESTIÓN EN SALUD, de acuerdo a los siguientes puntos:

- Recolección de datos en la Unidad Ejecutora Red de Salud Ayacucho Norte.
- Publicación de los resultados en publicaciones académicas y científicas (tesis, artículo científico, etcétera).
- Uso del nombre de la Unidad Ejecutora Red de Salud Ayacucho Norte en publicaciones académicas y científicas.

Adjunto documento de referencia en 01 folio.

Sin otro particular, hago propicia a oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL DE AYACUCHO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO
UNIDAD EJECUTORA RED DE SALUD AYACUCHO NORTE

Abg. EBZAT ROCA BEJAR
JEFE DE RECURSOS HUMANOS

Cc
Archivo
Documento: 04364819
Expediente: 03512583

Jr. Jorge Chavez N°195, Telefax. 066-322001-321209
www.uersan.gob.pe , sec.rhhuersan@gmail.com

Anexo 7: Informe del asesor de Turnitin

● 8% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 7% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Submitted on 1691980964685 Submitted works	1%
2	Universidad Continental on 2024-05-07 Submitted works	1%
3	cdn.gob.pe Internet	<1%
4	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	<1%
5	hdl.handle.net Internet	<1%
6	Universidad Wiener on 2021-07-31 Submitted works	<1%
7	uwiener on 2024-10-10 Submitted works	<1%
8	Universidad Cesar Vallejo on 2017-05-20 Submitted works	<1%