



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

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

Seguridad del paciente hospitalizado y la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

**AUTORA:**

Castillo Ramos, Evelyn Leonor ([orcid.org/0000-0003-0397-6191](https://orcid.org/0000-0003-0397-6191))

**ASESOR:**

Mg. Ruiz Barrera, Lazaro ([orcid.org/0000-0002-3174-7321](https://orcid.org/0000-0002-3174-7321))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**LIMA - PERÚ**

**2022**

### **Dedicatoria**

A Dios, por la salud y permitirme cumplir con mis objetivos de vida. A mis padres por su amor y apoyo incondicional. A mis queridos hijos Wanda y Adriano por ser mi motivación y fortaleza.

## **Agradecimiento**

Con la Universidad por el aporte académico que permite fortalecer las competencias profesionales, a mi centro laboral por ser parte del trabajo de investigación y al asesor por su enseñanza y comprensión durante el desarrollo de la tesis.

## Índice de contenidos

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	6
III. METODOLOGÍA	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Variables y operacionalización	14
3.3. Población, muestra y muestreo	15
3.3.1 Población	15
3.3.2 Muestra	16
3.3.3 Muestreo	16
3.3.4 Unidad de análisis	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
3.4.1 Técnicas	16
3.4.2 Instrumento	16
3.4.3 Validez y confiabilidad	18
3.5. Procedimientos	19
3.6. Método de análisis de datos	20
3.7. Aspectos éticos.	20
IV. RESULTADOS	21
4.1. Resultados descriptivos	21
4.2. Resultados Inferenciales	23
V. DISCUSIÓN	31
VI. CONCLUSIONES	37
VII. RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS	41
ANEXOS	48

## Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1 Niveles y rangos de la seguridad del paciente	17
Tabla 2 Niveles y rangos de gestión del cuidado	18
Tabla 3 Confiabilidad de la variable 1: Seguridad del paciente	19
Tabla 4 Confiabilidad de la variable 2: Gestión del cuidado	19
Tabla 5 Pruebas de normalidad	21
Tabla 6 Distribución de la variable Seguridad del paciente hospitalizado.	22
Tabla 7 Distribución de la variable gestión del cuidado de enfermería	23
Tabla 8 Correlación entre las variables Seguridad del paciente hospitalizado y Gestión del cuidado de enfermería	24
Tabla 9 Correlación entre la dimensión Área de trabajo y la variable Gestión del cuidado de enfermería	25
Tabla 10 Correlación entre la dimensión Dirección y la variable Gestión del cuidado de enfermería.	26
Tabla 11 Correlación entre la dimensión Atención primaria y la variable Gestión del cuidado de enfermería.	27
Tabla 12 Correlación entre la dimensión Comunicación y la variable Gestión del cuidado de enfermería.	28
Tabla 13 Correlación entre la dimensión Sucesos notificados y la variable Gestión del cuidado de enfermería.	29

## Resumen

El estudio tuvo como objetivo de determinar la relación entre la seguridad del paciente hospitalizado con la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022. La investigación fue de tipo básico, de nivel correlacional, de diseño no experimental de corte transversal y de enfoque cuantitativo. La muestra fue no probabilística, 50 enfermeros participaron, se empleó la encuesta, con la aplicación de cuestionarios validados, se realizó una prueba piloto, para la seguridad del paciente se obtuvo de 0.803 y la gestión del cuidado de enfermería obtuvo 0.716 siendo confiables; la percepción seguridad del paciente fue en su mayoría moderado 90% y la gestión del cuidado fue buena en el 80%. Se aplicó la técnica estadística de Correlación de Pearson donde se halló el valor  $p$  en 0,030 menor a 0,05 y una correlación negativa de -0,307. Por lo tanto; existe relación de la variable Seguridad del paciente sobre la Gestión del cuidado de enfermería; así mismo, existe relación de la dimensión atención primaria sobre la variable gestión del cuidado de enfermería, sin embargo, no se encontró relación con las dimensiones de área de trabajo, dirección, comunicación y sucesos notificados.

**Palabras claves:** Seguridad, paciente, gestión, enfermería, cuidado.

## Abstract

The study aimed to determine the relationship between the safety of the hospitalized patient with the management of nursing care in a hospital in Huaral, level II, 2022. The research was of a basic type, correlational level, with a non-experimental cross-sectional design. and quantitative approach. The sample was non-probabilistic, 50 nurses participated, the survey was used, with the application of validated questionnaires, a pilot test was carried out, for patient safety it was obtained 0.803 and nursing care management obtained 0.716 being reliable; the perception of patientsafety was mostly moderate 90% and care management was good in 80%. The Pearson Correlation statistical technique was applied, where the p value was found to be 0.030 less than 0.05 and a negative correlation of -0.307. Therefore; there is a relationship between the Patient Safety variable and Nursing Care Management; Likewise, there is a relationship between the primary care dimension and the nursing care management variable, however, no relationship was found with the dimensions of work area, management, communication and reported events.

**Keywords:** Safety, patient, management, nursing, care.

## **I. INTRODUCCIÓN**

Según la Organización Mundial de la Salud, en el 2019, los eventos adversos se encuentran dentro de las primeras causas de muerte y discapacidad. En cuanto a los países de elevados ingresos, el 10% de pacientes perciben daños respecto a sus atenciones en los sistemas hospitalarios. El daño producido puede deberse a los diversos eventos adversos, muchos de los cuales 50% se pueden prevenir. Además, por año se producen 134 millones de eventos adversos debido a atenciones poco seguras en los nosocomios. Por lo anterior, resulta importante incrementar la inversión en la seguridad del paciente (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Además, seguridad de los pacientes tiene como objetivo reducir los errores médicos. El informe del Instituto de Medicina “Errar es humano: construyendo un sistema sanitario seguro” mencionó que cada año aproximadamente entre 44,000 y 98,000 estadounidenses mueren debido a errores médicos en los centros hospitalarios, un número mayor en comparación con la mortalidad causada por accidente, cáncer de mama y SIDA. Sin embargo, los errores médicos son prevenibles, y prevenirlos puede mejorar todos los aspectos de la seguridad del paciente (Gunawan & Tutik Sri Hariyati, 2019).

Garantizar la seguridad en un entorno hospitalario es un desafío internacional. Independientemente de la geografía o posición económica, las sociedades modernas demandan alta calidad, atención de la salud orientada a la seguridad. Por lo tanto, los administradores de los centros de salud enfrentan el gran desafío de garantizar la seguridad del paciente. El desafío global de garantizar la seguridad en las atenciones de la salud y consolidar esfuerzos asociados con ella se refleja en la visión actual de la OMS, que se refiere a “un mundo donde cada paciente reciba salud segura cuidada, sin riesgos y daños, cada vez, en todas partes”.

En ese contexto, los enfermeros desempeñan un rol importante para promover la seguridad del paciente garantizando un cuidado apropiado. Por el contrario, si no se realiza un buen cuidado, puede conllevar a errores y falta de estandarización de prácticas (da Silva Severino et al., 2014). La disciplina de enfermería, según el Consejo Internacional de enfermeras (CIE), constituye la ciencia de los cuidados brindados a la persona y su entorno familiar con el objetivo de garantizar una buena



calidad de vida. Ello garantiza que los enfermeros puedan “gestionar los cuidados” de forma autónoma (Coltters et al., 2020).

El rol de los enfermeros es optimizar la seguridad de los pacientes y prevenir el daño durante la provisión de cuidados. Se espera que los enfermeros cumplan con las estrategias organizacionales para la identificación de daños y riesgos mediante evaluaciones de los pacientes, la planificación de la atención, las acciones de seguimiento y vigilancia (Vaismoradi et al., 2020).

Por otra parte, la dicotomía entre gestión y cuidado, sin embargo, no debe permear el discurso de los enfermeros ya que, desde la institucionalización de la enfermería como profesión, su proceso de trabajo comprende el proceso de atención y el proceso de gestión. Florence Nightingale, quien es considerada la pionera de la Enfermería Moderna y la primera gerente del hospital, demostró la importancia del conocimiento de las enfermeras sobre técnicas e instrumentos administrativos en diferentes estudios, con miras a la organización del ambiente terapéutico y la sistematización de las técnicas de cuidado de enfermería y procedimientos (Christovam et al., 2012).

La Asociación Estadounidense de Enfermeras, por mencionar algunos, han descrito la urgencia de tener mejoras en la coordinación de la atención como medio de ayudar a un sistema fragmentado que a menudo deja a los pacientes y sus familias para enfrentar complejos sistemas de atención. Es así que, el trabajo de la gestión y coordinación de la atención se ha llamado como una solución a esta crisis predominante de atención médica. Los administradores de atención emplean una variedad de estrategias principalmente centrado en ayudar a las poblaciones a cuidarse a sí mismas de manera óptima (Luther et al., 2019).

Las enfermeras, son un personal crucial en la provisión de atención médica, desempeñan rol relevante en proporcionar y coordinar las atenciones, prevenir eventos adversos y optimizar la productividad del servicio de salud y el resultado de los pacientes. La responsabilidad de los enfermeros en la calidad de la atención va más allá de brindar cuidados seguros que estén de acuerdo con la mejor evidencia (Oldland et al., 2020)

El personal de enfermería se encuentra presente en todas las etapas del proceso asistencial, ya sea de forma directa e indirecta, asimismo tiene un contacto

más cercano con los pacientes hospitalizados. En este contexto, predomina la necesidad de investigaciones que describan los elementos asociados con el recurso humano de enfermería, que inciden en la seguridad del paciente hospitalizados, el objetivo es mejorar el abordaje y la implementación de sesiones educativas que contribuyan a una mejor calidad de la atención.

A nivel del Perú, desde algunos años, el Ministerio de Salud, viene implementando diversos planes relacionados a la seguridad de los pacientes, fortaleciendo la cultura del mismo, lo cual permite la reducción de riesgos en los centros de salud y hospitales. Prueba de ello, tenemos a la R.M N°727-2009/MINSA, la cual hace referencia a “mecanismos de información respecto a la ocurrencia de incidentes y eventos adversos” que se encuentra enmarcado dentro de la política nacional de calidad (Instituto Nacional de del Niño, 2021). En ese sentido se han desarrollado diversos estudios en el contexto nacional como Cieza, M. (2020), en el cual concluye que en la cultura de seguridad, los enfermeros tienen debilidades y como acciones de mejora es lograr el objetivo de brindar cuidados de calidad (Herrera, 2020).

El problema general del estudio, fue: ¿Cuál es la relación entre la seguridad del paciente hospitalizado y la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022?; los problemas específicos, fueron: (a) ¿Cuál es la relación entre el área de trabajo y la gestión del cuidado de enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022?; (b) ¿Cuál es la relación entre la dirección y la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022?; (c) ¿Cuál es la relación entre comunicación y la gestión del cuidado de enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022?; (d) ¿Cuál es la relación entre sucesos notificados y la gestión del cuidado de enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022?; (e) ¿Cuál es la relación entre la atención primaria y la gestión del cuidado de enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022?

La justificación teórica del estudio para la investigación de Seguridad del paciente como variable independiente; se consideró la teoría de la cultura de seguridad, que abarca la responsabilidad de todos los involucrados para proteger con las indicadas buenas prácticas sanitarias. Otra teoría fue de James Reason, conocido como el Modelo del Queso Suizo, que menciona que el punto es que entre los peligros y el daño se encuentran las deficiencias y debilidades que se pueden presentar en

los diversos procesos asistenciales. Los peligros causaran daño, si los problemas se alinean de tal forma que coincidan en originarlo. Es decir que pueden iniciar por errores humanos o por algún fallo del sistema de gestión.

Para la investigación de Cuidados de enfermería como variable dependiente se enfocó en la teoría de Jean Watson del cuidado humano enfocado en la interrelación que tiene la enfermera y el paciente, promoviendo como investigación científica, analizando la problemática y fundamentando con un modelo teórico. Otra teoría de enfermería es de Virginia Henderson con las necesidades esenciales que deben ser abordadas para su conservación del ser humano.

La justificación metodológica del estudio relaciona la seguridad del paciente y el cuidado de enfermería, con la aplicación de un instrumento como el cuestionario que incluye ambas variables.

La justificación práctica, fue enfocado en el impacto del análisis del estudio, porque permitirá realizar el seguimiento, análisis y autocrítica de las actividades realizadas, los planes elaborados, las estrategias para garantizar que la atención sanitaria cumpla con los estándares de calidad, sin riesgos o eventos adversos.

El objetivo general fue determinar la relación entre la seguridad del paciente hospitalizado con la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, 2022; los objetivos específicos fueron: 01. Determinar la relación entre área de trabajo con la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022; 0.2. Determinar la relación entre la dirección con la gestión del cuidado de Enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022; 0.3. Determinar la relación entre comunicación con la gestión del cuidado de enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022; 0.4. Determinar la relación entre los sucesos notificados con la gestión del cuidado de enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022. 0.5. Determinar la relación entre la atención primaria con la gestión del cuidado de enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

La hipótesis general fue, existe relación entre la seguridad del paciente hospitalizado y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022; las hipótesis específicas fueron: 0.1. existe relación entre el área de trabajo y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022; 0.2. Existe relación entre la dirección y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.; 0.3. Existe relación entre la comunicación y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.; 0.4. Existe relación

entre los sucesos notificados y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, 2022.; 0.5. Existe relación entre la atención primaria y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

## II. MARCO TEÓRICO

En base a las evidencias científicas se presenta los estudios realizados que fortalecerán las referencias de las variables con antecedentes nacionales:

Laura F, Astete P (2021), en su estudio titulado “Gestión de seguridad de los pacientes y calidad de los cuidados en enfermeros de un hospital público”. El enfoque fue cuantitativo, diseño transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 52 enfermeros. El instrumento utilizado fue dos cuestionarios. Los resultados mostraron que, el 42% percibió la seguridad del paciente como media, seguida de 32% bajo. La calidad de cuidado fue 40,4% baja, seguido de 30,8% medio. Se halló un valor de Rho Spearman 1,000 y un valor  $p=0,001$ , por lo que s existe relación significativa entre las variables.

Quispe S (2021), en su estudio “Gestión de seguridad del paciente y calidad del cuidado de los enfermeros en el contexto de la pandemia en un instituto especializado”. El enfoque fue cuantitativo, diseño transversal y correlacional. Fueron 50 los pacientes participantes, se utilizaron 2 instrumentos validados. en la seguridad del paciente el 58% percibió como alto. El 88% percibió la calidad del cuidado enfermero como alto. Las variables se correlacionaron significativamente entre sí ( $\rho = 0,354^*$ ,  $p = 0,12$ ).

Rivera H, Paredes B, Sánchez S (2020), en su estudio “Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud”. el enfoque fue cuantitativo, diseño transversal y descriptivo. Fueron 47 enfermeras participantes. El cuestionario utilizado fue Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Los resultados evidenciaron que, la percepción de la seguridad de los enfermeros fue medio en un 66%, además, la percepción de las herramientas de supervisión frente a incidentes adversos fue 87,2%. Hubo una correlación significativa entre la seguridad de los pacientes y las estrategias de supervisión e ( $RS=0.525$ ;  $P<0.01$ ).

Ravelo E (2021), en su estudio “Calidad del cuidado de los enfermeros en la seguridad de los pacientes del servicio de cirugía de un hospital público”. El enfoque fue cuantitativo, diseño transversal y descriptivo. Fueron 20 enfermeras participantes. El instrumento fue una ficha de observación validada. Los hallazgos mostraron que la calidad del cuidado de los enfermeros en la seguridad de los participantes fue buena en el 55% durante el preoperatorio, transoperatoria 65% buena y postoperatorio 85%

bueno. En general la mayoría percibió una buena calidad del cuidado en la seguridad de los pacientes.

Barrueta R (2017), en su estudio “Gestión del cuidado de enfermería en nosocomios de complejidad II”. El enfoque fue cuantitativo, diseño transversal y descriptivo. La población fue integrada por los directores de los diversos hospitales de la región. El instrumento fue una ficha de observación. Los resultados evidenciaron un cumplimiento del 50% en los indicadores de la gestión del cuidado, en la dimensión estructura el 70% cumplió, en procesos el 38% y en resultados el 42,5%.

En base a las evidencias científicas se presenta los estudios realizados que fortalecerán las referencias de las variables con antecedentes internacionales:

Nymark C, Von Vogelsang A, Falk A (2021), en su estudio “Seguridad del paciente, calidad de la atención y cuidados de enfermería perdidos en un departamento de cardiología durante el brote de COVID-19”. El enfoque fue cuantitativo, diseño transversal y correlacional. Fueron 43 enfermeras los participantes. El instrumento fue el MISSCARE Survey Swedish. La data fue comparada con una muestra de referencia. La muestra de COVID-19 informó significativamente más horas extras y más ausencias del trabajo por enfermedad en comparación con la muestra de referencia. La seguridad del paciente y la calidad de la atención fueron percibidas significativamente peor, 76,7 % (N = 33) versus 94,7 % (N = 54), y 85,7 % (N = 36) versus 98,3% (N = 58, respectivamente.

Granel N, Manresa J, Watson C (2020), en su estudio “percepción de los enfermeros respecto a la seguridad del paciente: un estudio enfoque mixto”. El enfoque fue cuali-cuantitativo. Fueron 100 enfermeras participantes en la fase cuantitativa, y 8 en la fase cualitativa. Los instrumentos fueron un cuestionario y una entrevista semiestructurada. El 62% de las enfermeras calificó la seguridad del paciente como "Aceptable", pero no fue más alto debido a presión laboral y falta de recursos percibidos por el personal. “Trabajo en equipo dentro de las unidades” tuvo la tasa más alta de resultados positivos. respuestas, y “Dotación de personal” tuvo la tasa más baja.

Bravo M, Arboleda, L, Arguello (2020), con su tesis “cultura de seguridad en profesionales de cirugía en un CMI”. El enfoque fue cuantitativo, diseño transversal y descriptivo. La muestra se constituyó por 45 profesionales de salud y el instrumento

fue el cuestionario Hospital Survey on Patient Safety, versión en castellana. Los hallazgos indicaron que el 50 % de los partícipes calificaron la seguridad de los pacientes en su servicio con una nota entre 8 y 9.

Jaime N, Gonzales J (2021), en su estudio “cultura seguridad de los pacientes en enfermeros en una institución de salud”. El enfoque fue cuantitativo, observacional y descriptivo. La muestra fue 94 licenciados en enfermería. El instrumento usado fue el HSPS (versión en español). Resultados: La percepción de la cultura de seguridad del paciente es baja, menor al 60-70%, donde las de menor puntuación fueron las dimensiones de las variaciones de turnos y en el trabajo colectivo, déficit de sinceridad comunicativa, debilidades en las acciones de dirección.

Salazar A, Restrepo D (30) (2020), en su tesis “cultura de la seguridad del paciente en diversos quirófanos de Antioquia”. El enfoque fue cuantitativo, descriptivo, de diseño transversal. El instrumento que se aplicó fue AHRQ. Fueron 514 el personal de salud que participó. Los resultados evidenciaron que el clima de seguridad fue aceptable a alto. El 62% de las respuestas fue positiva. Las dimensiones de mayor puntaje fueron el aprendizaje organizacional/mejora continua con el 82%; trabajo de equipo 82%, mientras los de menor puntaje fueron la comunicación interpersonal.

Respecto a las bases teóricas del estudio. Según la OMS, la seguridad del paciente es la “prevención de errores y reacciones adversas para los pacientes asociados con las atenciones médicas”. La seguridad del paciente se deriva de una cultura organizacional y los comportamientos colectivos de los individuos. De lo anterior, puede describirse en términos generales como el impacto sumativo de las actividades tales como valores individuales y grupales, actitudes, percepciones, patrones de conducta en la búsqueda de este objetivo (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Además, este concepto se refiere a la conciencia, los valores y la percepción de la seguridad del paciente compartido por todos los miembros de la organización, que están directamente relacionados con las operaciones del hospital. La evaluación de la percepción del personal sobre la cultura de seguridad del paciente existente en el hospital es el primer paso para promoverla. El concepto es entendido y dividido en subelementos, por ejemplo: liderazgo, trabajo en equipo, basado en evidencia,

trabajo, comunicación sanitaria, aprendizaje continuo y patología (Huong Tran et al., 2021).

Además, la cultura de seguridad del paciente es el grado en que la cultura de una organización apoya y promueve la seguridad del paciente. Se refiere a los valores, creencias y normas que comparten los profesionales de la salud y otro personal de toda la organización que influyen en sus acciones y comportamientos. La cultura de seguridad del paciente se puede medir determinando los valores, creencias, normas y comportamientos vinculados con la seguridad del paciente que se recompensan, apoyan, esperan y aceptan en una organización. También es importante tener en cuenta que la cultura existe en múltiples niveles, desde el nivel de unidad hasta los niveles de departamento, organización y sistema.

Los resultados de calidad clínica y seguridad del paciente están vinculados a las dimensiones de la cultura organizacional que se pueden medir con instrumentos de cultura de seguridad para hospitales. Las medidas de cultura de seguridad están correlacionadas con el desempeño de los empleados (por ejemplo, el comportamiento de seguridad), los errores de proceso y sistema, y tasas de accidentes en industrias y culturas con resultados similares del sector salud. Por estas razones, la medición de la cultura de seguridad se ha convertido en el requisito previo para esfuerzos continuos de mejora de la calidad para proporcionar a los líderes con la retroalimentación esencial que estimula la mejora de la organización (Palmieri et al., 2020).

Las instituciones con una cultura de seguridad fortalecida se caracterizan por una buena comunicación entre los profesionales, confianza mutua y percepciones compartidas sobre la importancia y eficacia de las acciones preventivas. Además, las organizaciones con una cultura de seguridad fortalecida tienen tasas más bajas de infecciones en el sitio quirúrgico, el torrente sanguíneo y la morbilidad.

La cultura de seguridad es una importante estrategia de gestión de servicios que favorece la implementación de prácticas seguras y la mitigación de eventos adversos. Por lo tanto, las organizaciones internacionales y nacionales de acreditación de hospitales requieren la evaluación de la cultura de seguridad para identificar y gestionar los problemas de seguridad del paciente, para monitorear los cambios y los resultados relacionados con el problema (Sanchis et al., 2020).



Para la Agencia Nacional de Seguridad del paciente, en España, existen 7 pasos para el logro de una institución sanitaria con mayor seguridad del paciente. El primer paso, la construcción de una cultura de seguridad que sea abierta y justa. El segundo paso, proporcione liderazgo y apoyo a su personal. El trabajo en conjunto es crucial para lograr las metas de la seguridad del paciente (Woodward, 2005).

El tercer paso, integrar el sistema de gestión de riesgo, por ello, debe fundamental en los procesos de trabajo normales de la organización. El cuarto paso, promover el reporte de sucesos. El primer paso para buscar una excelente seguridad de los pacientes es abordar la pregunta de "por qué las cosas van mal en el cuidado de la salud". Por lo tanto, el informe de incidentes es un elemento crítico de la seguridad del paciente (Woodward, 2005).

El quinto pasó, involucrarse y comunicarse con sus pacientes y los familiares. Si el paciente sufre daños, se le debe brindar la información al afectado o a su familia y cuidadores. El sexto paso, involucrarse y comunicarse con sus pacientes y sus familias. La apertura es parte principal en la relación entre el paciente y el personal sanitario. Y, por último, establecer soluciones con el fin de prevenir daños. El objetivo del desarrollo de soluciones es hacer que sea fácil hacer las cosas bien y difícil hacerlas mal (Muiño Míguez et al., 2007).

Existen diversos instrumentos para evaluar la cultura de seguridad. La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) crearon un cuestionario para la evaluación de la seguridad en entornos sanitarios (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011). En el Perú, se han realizado varias adaptaciones, dentro de ellas la realizada por Alvarado en el 2014, quien incluyó 5 dimensiones.

La seguridad brindada en el área de trabajo, que involucra los ambientes físicos y espacios que permiten evitar la ocurrencia de situaciones adversas en el entorno sanitario. Seguridad brindada por la dirección, el cual se refiere a las normas, guías y protocolos elaborados por la gestión para brindar un respaldo a los trabajadores y pacientes. Seguridad desde la atención primaria, implica todas las acciones realizadas desde este nivel de atención para optimizar la seguridad del paciente en forma oportuna, cumpliendo con todos los protocolos establecidos por la institución (Alvarado C, 2014).

La seguridad desde la comunicación. La comunicación efectiva de seguridad es vital para mantener una cultura de seguridad. Cuando los empleados se comunican regularmente entre sí de manera abierta y respetuosa, también están más dispuestos a dar y recibir comentarios. La comunicación efectiva también apoya el trabajo en equipo y la coordinación entre grupos (Jiménez J et al., 2016).

Frecuencia de sucesos notificados. Los sistemas de notificación de eventos de seguridad del paciente son omnipresentes en los hospitales y son un pilar de los esfuerzos para detectar eventos de seguridad del paciente y problemas de calidad. La notificación de incidentes se utiliza con frecuencia como un término general para todos los sistemas voluntarios de notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente, que dependen de las personas involucradas en los eventos para proporcionar información detallada (Bartolomé et al., 2005).

La Teoría del Error Humano, es ampliamente utilizado por enfermeras, especialmente en la atención directa al paciente. Su objeto de estudio se define como cualquier acto que interfiere directamente con la seguridad del paciente, con impactos en el cuidado de enfermería. La teoría de James Reason apoya el análisis de errores humanos en diferentes contextos (centro quirúrgico, unidad de cuidados intensivos). Entender que las personas cometen errores por cuestiones que involucran fallas sistémicas es uno de los principales fundamentos. Por lo tanto, se vuelve ineficaz para reconocer errores específicos y sus consecuencias sin llevar a cabo análisis en profundidad de cómo las condiciones de trabajo han influido en su ocurrencia (Marchitto, 2011).

A la luz de la creciente complejidad en cuidado de la salud y el movimiento para enfocarse en resultados basados en valor para nuestros pacientes, la gestión del cuidado se enfoca profundamente en proporcionar un manejo efectivo de la enfermedad que incluye tener una evaluación precisa del paciente. Los gestores del cuidado continuamente utilizan sus conocimientos sobre tratamientos, medicamentos y seguridad para preparar a los pacientes para lo esperado. Los administradores de atención también se enfocan en mejorar la capacidad del cliente para cuidarse de manera óptima en una variedad de entornos y necesidades (Luther et al., 2019).

La gestión sanitaria se define como la provisión de tecnologías sanitarias, teniendo en cuenta las necesidades únicas de las personas en diferentes momentos

en sus vidas, con el objetivo de ofrecer bienestar, seguridad y autonomía. En enfermería, la gestión del cuidado se aplica a la coordinación de las dimensiones de gestión y servicio del proceso de trabajo de enfermería. Cuando el enfermero actúa en la dimensión gerencial, desarrolla acciones dirigidas a la organización y recursos humanos, cuyo objetivo es permitir unas adecuadas condiciones para la prestación de atención a los pacientes y desempeño del equipo de enfermería (De Sá Mororó et al., 2017).

El cuidado humanizado se define como “la interacción entre el conocimiento de la ciencia y los valores del individuo para establecer la asistencia con calidad.” Por lo tanto, es importante que el enfermero no pierda el eje de lo buscado; la atención humanizada aumenta la atención de calidad, con la consiguiente satisfacción del cliente, lo que conduce a una mejor resolución de sus demandas de atención y cubriendo sus necesidades de manera integral (González et al., 2009).

Percepción del cuidado de enfermería: se define como un proceso mental que permite al ser humano organizarse significativamente y tener un camino claro dentro de sí mismo, todo lo que adquiere del exterior, para ser consciente de lo que le rodea; en la relación enfermera-paciente, esta percepción se refiere al cuidado que subyace la interacción a la hora de cuidar y cómo los momentos y acciones intencionales de la persona cuidada y del llamado cuidador son interiorizados y clasificados (Ortiz R & Hernández E, 2018).

El cuidado de enfermería no está limitado a satisfacer solo las necesidades de naturaleza física o la aplicación de prescripciones o el uso de elementos tecnológicos para medir e intervenir variables fisiológicas, sino que debe ser, holístico y tomar en consideración la carga de sentimientos negativos que el paciente puede presentar por enfermedad, ello puede apartarlos de la vida cotidiana, de su ambiente y cultura, llevándolos a ser internados en una sala hospitalaria. (Oscar Alberto Beltrán, 2018).

La Teoría del Cuidado Humano desarrollada por Jean Watson surgió entre 1975 y 1979, Surgió de los resultados de los estudios realizados por la autora a lo largo de su Doctorado en Psicología Clínica y Social. La Teoría del Cuidado Humano se centra en el concepto de cuidar y en supuestos fenomenológicos existenciales, que sobrepasan el cuerpo literal. Se trata de apertura y atención a los misterios espirituales y a las dimensiones de existencia y la muerte; cuidar de la propia alma y

de quien está siendo cuidado. La autora afirma que su teoría es a la vez ciencia y arte, y busca, a través de la interrelación de conceptos, una ciencia humana propia de la enfermería, que evolucione a través de la interacción enfermero y cliente, con el objetivo de alcanzar el cuidado terapéutico (Favero L et al., 2009).

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es básico procurando el avance del conocimiento real, por lo que contribuye a la sociedad, como respuesta a los desafíos de la humanidad (Mantuané, 2010).

Hernández, R. (2014) Según el autor, este alcance de la investigación no busca aplicar sus resultados práctico, sin embargo, busca aumentar el conocimiento para argumentar esta pregunta y el conocimiento se pueden utilizar en otras Investigaciones.

El enfoque fue cuantitativo, puesto que permite medir numéricamente la variable de investigación. Se usa la recopilación de datos para comprobar hipótesis basado en el análisis estadístico para crear patrones de comportamiento y probar las teorías (Sampieri et al., 2014). El diseño fue no experimental de corte transversal; porque no se manipula la variable en estudio; observamos el evento en un escenario natural, para ser analizado posteriormente, donde se obtienen los datos en un tiempo único y lugar determinado, considerando que el diseño del estudio es un plan o estrategia que se utiliza como respuesta a un problema de investigación; Considérelo como una base para desarrollar y probar hipótesis para un estudio en particular (Vallejo, 2002). Finalmente, el nivel es correlacional, debido a que se buscó analizar el vínculo entre las variables en mención.

#### 3.2. Variables y operacionalización

**Variable 1:** Seguridad del paciente hospitalizado

**Definición Conceptual:** La seguridad del paciente es una disciplina muy importante en el cuidado de la salud, que ha surgido con la evolución de los sistemas de salud y que se observa en todo el mundo. Tiene como objetivo prevenir riesgos y reducir el daño que sufren los pacientes en la prestación de atención médica, para llegar a un consenso sobre el hecho de que los servicios médicos en todo el mundo deben brindar servicios de alta calidad, seguros, efectivos, enfocados en las personas que sean oportunos, equitativos, integrados y con atención eficaz (OMS, 2019).

**Definición operacional:** La variable de seguridad del paciente será subdividida en cinco dimensiones: Área de trabajo, dirección, comunicación, sucesos notificados, atención primaria.

**Indicadores:** Según las dimensiones; Área de trabajo: ambiente de trabajo, condición de salud. Dirección: clima de Sucesos notificados: información oportuna de incidentes, estadísticas. Atención primaria: apoyo mutuo, trabajo en equipo.

**Escala de medición:** Ordinal.

**Variable 2:** Gestión del cuidado de enfermería

**Definición Conceptual:** “La gestión del cuidado de enfermería es un proceso que crea estrategias que moviliza los recursos humanos y del entorno con el propósito de mantener y mejorar el propio cuidado, en interacción con el entorno del paciente, ellos tienen una experiencia saludable”. (Balderas, 2009)

**Definición operacional:** La variable de gestión del cuidado de enfermería será subdividido en 2 dimensiones que implica el aspecto técnico y humano.

**Indicadores:** Según las dimensiones técnico: evaluó al paciente, tomo en consideración la información que corresponde al plan de cuidados, planteo situaciones problemáticas de enfermería que pueden ser solucionadas por mí mismo. Humano: planifico actividades de cuidado al comienzo del día. Realizo la rutina de trabajo del servicio, discuto la situación de los pacientes con compañeros

**Escala de medición:** Ordinal

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

#### **3.3.1 Población**

La población está formada por 108 licenciadas de enfermería como usuario interno de las áreas de hospitalización en un hospital de Huaral.

#### **Criterios de Inclusión**

- Enfermeros profesionales asistenciales que participan del estudio de manera voluntaria
- Enfermeros profesionales asistenciales que laboran más de un año en el

hospital.

### **Criterios de exclusión**

- Enfermeros profesionales asistenciales con vacaciones o de licencia.
- Enfermeros profesionales asistenciales que no desean participar del estudio de manera voluntaria
- Enfermeros profesionales que trabajan en el área administrativa y no trabajan con pacientes.
- Enfermeros profesionales que se encuentran realizando pasantías.

### **3.3.2 Muestra**

Estará formado por 50 licenciados de enfermería del área de hospitalización entre el servicio de medicina, cirugía y emergencia. En la práctica, rara vez se puede medir toda la población, por lo que tomamos o seleccionamos una muestra y, por supuesto, este subconjunto tiene como objetivo reflejar con precisión la población; así mismo en un subconjunto de la población donde la elección de elementos no se basa en la probabilidad sino en el proceso de toma de decisiones del investigador (Aguilar, 2005).

### **3.3.3 Muestreo**

Se empleó el no probabilístico de tipo intencionado y por conveniencia. Por lo que no se tiene conocimiento sobre la probabilidad de los elementos que forman la población de investigación que son elegidos (Otzen & Manterola, 2017).

### **3.3.4 Unidad de análisis**

La unidad de análisis serán particularmente cada enfermera que será entrevistada o en quienes se aplicará las encuestas.

## **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **3.4.1 Técnicas**

La técnica será encuesta, que es una estrategia muy empleada en el campo de estudio, beneficia a la recolección de información. (Rodríguez, 2017)

### **3.4.2 Instrumento**

Es un cuestionario, que es una herramienta que le permite al científico

abordar interrogantes que permiten obtener información ordenada con respecto a una muestra de persona. (Meneses, 2014)

**Ficha técnica de Instrumento 1:** Seguridad del paciente

**Nombre:** Cuestionario por AHRQ- Agency for Health Care Research and Quality

**Autor:** adaptado: Adaptado por Alvarado Gallardo, Connie.

**Dimensiones:** Área de trabajo, dirección, comunicación, sucesos notificados, atención primaria.

**Baremos:** inadecuadas, moderadas, adecuadas.

**Tabla 1**

*Niveles y rangos de la seguridad del paciente*

<b>Variable</b>	<b>Niveles</b>	<b>Rangos</b>
Cultura de seguridad del paciente	Inadecuado	[42-98]
	Moderado	[99- 154]
	Adecuado	[155-210]

**Ficha técnica de instrumento 2:** Gestión del cuidado de enfermería

**Nombre:** Gestión del cuidado de enfermería

**Autor:** Matamoros Sampen, Laura del Carmen

**Dimensiones:** Técnico, humana

**Baremos:** Bueno, mediano, bajo



**Tabla 2**

*Niveles de rangos de gestión del cuidado*

<b>Variable</b>	<b>Niveles</b>	<b>Rangos</b>
Gestión del cuidado de enfermería	Bueno	37 a 48
	Mediano	24 a 36
	Bajo	1 a 23

### **3.4.3 Validez y confiabilidad**

Se empleó la encuesta, que es un medio para recolectar los datos y posteriormente ser medidos; el instrumento para las dos variables es el cuestionario de preguntas. La validez, se da cuando el instrumento calcula con precisión a las variables y mediante los indicadores experimentales expresa el conocimiento indeterminado (Villasís-Keever et al., 2018).

Los instrumentos que se utilizan, fueron validados por tres magister expertos en el tema quienes relacionaron a los componentes de pertinencia, relevancia y claridad, quienes concluyeron que los instrumentos son aplicables.

La confiabilidad es el grado en que un instrumento produce efectos resistentes y consistentes en una muestra (Manterola et al., 2018).

La confiabilidad se ha realizado a través de una prueba piloto a 05 enfermeras asistenciales, el reporte de SPSS es el siguiente: con referente a la variable de seguridad del paciente se obtiene como resultado 0,803; y con referente a la variable de gestión del cuidado se obtiene como resultado 0,716. Se adjunta en el anexo la base de datos recolectado de la prueba piloto.

### Tabla 3

*Confiabilidad de la variable 1: Seguridad del paciente*

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,803	42

En la tabla 3 se observa el resultado del análisis de Alfa de Cronbach, se obtiene el 0,803; este resultado corresponde a una confiabilidad alta, por lo tanto, se puede medir la variable y el instrumento es aplicable.

### Tabla 4

*Confiabilidad de la variable 2: Gestión del cuidado de enfermería*

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,716	12

En la tabla 4, se observa el resultado del análisis de Alfa de Cronbach, donde se obtiene el siguiente resultado: 0,716 que corresponde a una confiabilidad alta, por lo tanto, el instrumento es aplicable para la investigación.

### 3.5. Procedimientos

Los datos serán recolectados a través de los instrumentos, presentando 2 cuestionarios en referencia a los variables de seguridad del paciente hospitalizado y la gestión de cuidados de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022; donde se medirán ambas variables que son la seguridad del paciente y la gestión del cuidado. Los datos que se obtendrán no serán manipulados, analizando los hechos encontrados. Las coordinaciones se realizarán con un hospital de Huaral, de nivel II, teniendo acceso a la muestra de enfermeros del área asistencial-

hospitalización, donde la información será recogida de 05 enfermeras de hospitalización, el cuestionario se aplicará de forma personal para ejecutar la investigación.

### **3.6. Método de análisis de datos**

Los datos que se obtengan por el instrumento se registran en el programa Excel. Estos datos se exportarán al programa estadístico SPSS26 para el análisis estadístico descriptivo e inferencial. El análisis descriptivo permite conocer el comportamiento de la población en cuanto a sus variables y dimensiones. El análisis inferencial permitirá cumplir con la prueba de hipótesis del estudio.

### **3.7. Aspectos éticos.**

Esta investigación se considera los siguientes valores éticos:

- a. Justicia: Esta investigación ayudará a avanzar en la investigación científica entre los profesionales de enfermería, especialmente aquellos que trabajan diariamente en los servicios asistenciales de hospitalización. Los participantes serán tratados con equidad y valores (Espinoza & Calva, 2020).
- b. No maleficencia: Los cuestionarios correspondientes nos ayudarán a recopilar datos que no serán revelados a otras fuentes, conservando los datos respetuosamente evitando daños al participante (Ferro M et al., 2009).
- c. Beneficencia: En el campo de la enfermería profesional, hay muchas áreas de investigación como los servicios de hospitalización, dando a conocer la importancia del cuidado e intervenciones de enfermería y que contribuyen a la seguridad del paciente. Los profesionales de la salud y el paciente se van a beneficiar con el estudio (Gelling L, 1999).
- d. Autonomía: Los participantes de la investigación fueron informados sobre el motivo de estudio, respetando la accesibilidad en la participación (Marasso & Ariasgago, 2013).

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Resultados descriptivos

**Tabla 5**

*Distribución de la variable Seguridad del paciente hospitalizado*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Moderado	45	90	90	90
Adecuado	5	10	10	100
Inadecuado	0	0	0	
Total	50	100	100	

*Nota.* Se muestran los niveles encontrados de acuerdo con los indicadores definidos.

*Fuente.* Instrumento de recolección de datos.

Según la información obtenida en la tabla 5, se observa que la mayoría de enfermeros se centran en el nivel moderado, alcanzando un porcentaje de 90%, y otros enfermeros lo evaluaron como adecuado con 10% y ningún enfermero indicó que fue inadecuado.

Se evidencia que los enfermeros tienen una mayor apreciación de moderado en cuanto a la seguridad del paciente hospitalizado.

**Tabla 6**

*Distribución de la variable Gestión del cuidado de enfermería*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mediano	10	20	20	20
Bueno	40	80	80	100
Total	50	100	100	100

*Nota.* Se muestran los niveles encontrados de acuerdo con los indicadores definidos.

*Fuente.* Instrumento de recolección de datos.

Según la información obtenida en la tabla 6, se observa que la mayoría de enfermeros se centran en el nivel bueno, alcanzando un porcentaje de 80%, y otros enfermeros lo evaluaron como mediano con 20% y ningún enfermero indicó que fue bajo.

Se evidencia que los enfermeros tienen una mayor apreciación de nivel bueno en cuanto a la gestión del cuidado de enfermería.

## 4.2. Resultados Inferenciales

Pruebas de normalidad

Se plantearon las siguientes hipótesis:

Ho: Los datos tienen una distribución normal.

Ha: Los datos no tienen una distribución normal.

**Tabla 7**

*Pruebas de normalidad*

	Kolmogórov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Seguridad (variable)	.104	50	.200*	.977	50	.416
Gestión (variable)	.108	50	.198	.972	50	.278

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

Fuente: Base de datos elaborado por programa SPSS

a. Corrección de significación de Lilliefors

El criterio para determinar si las variables y dimensiones tienen una distribución normal se encuentra en la significancia o valor p, que debería ser mayor o igual a 0,05 para aceptar la Ho y rechazar Ha. Si, por el contrario, la significancia o valor es menor a 0,05, entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna y la distribución es no normal. Se utilizó la prueba de normalidad de kolmogórov-Smirnov aconsejada para muestras iguales o mayores a 50. Las variables Seguridad del paciente hospitalizado y Gestión del cuidado de enfermería tuvieron valores de significancia de 0,200 y 0,198 respectivamente, por lo tanto, tuvieron distribución normal.

## Hipótesis General

Prueba de hipótesis general entre variables Seguridad del paciente hospitalizado y Gestión del cuidado de enfermería

Ho: No existe relación entre la seguridad del paciente hospitalizado y la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

Ha: Existe relación entre la seguridad del paciente hospitalizado y la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

Criterio de decisión: si la significancia o valor p es mayor o igual que 0,05 entonces se acepta Ho, es decir no existe relación. Si la significancia o valor p es menor que 0,05, se acepta Ha, es decir existe relación. Se utiliza correlación de Pearson debido a que ambas variables tienen distribución normal.

### Tabla 8

*Correlación entre las variables Seguridad del paciente hospitalizado y Gestión del cuidado de enfermería*

		Seguridad	Gestión
Seguridad	Correlación de Pearson	1	-.307*
	Sig. (bilateral)		.030
	N	50	50
Gestión	Correlación de Pearson	-.307*	1
	Sig. (bilateral)	.030	
	N	50	50

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

Según la técnica estadística de Correlación de Pearson aplicada a la muestra; para analizar la posible relación entre la seguridad del paciente hospitalizado y la gestión del cuidado de enfermería; se obtuvo el siguiente resultado: El análisis realizado encontró la significancia en 0,030 menor a 0,05. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Es decir, existe relación entre la variable Seguridad del paciente hospitalizado y la variable gestión del cuidado de

enfermería. Considerando a Bizquera (1987), podemos entender que existe una correlación negativa con un valor de -0,307 y con una relación baja.

### Hipótesis Específica 1

Área de trabajo y Gestión del cuidado de enfermería

Ho: No existe relación entre el Área de trabajo y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

Ha: Existe relación entre el Área de trabajo y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

Criterio de decisión: si la significancia o valor p es mayor o igual que 0,05 entonces se acepta Ho, es decir no existe relación. Si la significancia o valor p es menor que 0,05, se acepta Ha, es decir existe relación. Se utiliza correlación de Pearson debido a que ambas variables tienen distribución normal.

**Tabla 9**

*Correlación entre la dimensión Área de trabajo y la variable Gestión del cuidado de enfermería*

		Área de trabajo	Gestión
Área de trabajo	Correlación de Pearson	1	-.196
	Sig. (bilateral)		.172
	N	50	50
Gestión	Correlación de Pearson	-.196	1
	Sig. (bilateral)	.172	
	N	50	50

Según la técnica estadística de Correlación de Pearson aplicada a la muestra; para analizar la posible relación entre el área de trabajo y la gestión del cuidado de enfermería; se obtuvo el siguiente resultado: El análisis realizado encontró la significancia en 0,172 mayor a 0,05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Es decir, no existe relación entre la dimensión Área de



trabajo y la variable Gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

## Hipótesis Específica 2

Dirección y Gestión del cuidado de enfermería

Ho: No existe relación entre la dirección y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

Ha: existe la relación entre la dirección y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

Criterio de decisión: si la significancia o valor p es mayor o igual que 0,05 entonces se acepta Ho, es decir no existe relación. Si la significancia o valor p es menor que 0,05, se acepta Ha, es decir existe relación. Se utiliza correlación de Spearman debido a que una de las variables tiene distribución no normal.

**Tabla 10**

*Correlación entre la dimensión Dirección y la variable Gestión del cuidado de enfermería.*

			Dirección	Gestión
Rho de Spearman	Dirección	Coeficiente de correlación	1.000	-.074
		Sig. (bilateral)	.	.610
		N	50	50
	Gestión	Coeficiente de correlación	-.074	1.000
		Sig. (bilateral)	.610	.
		N	50	50

Según la técnica estadística de Correlación de Spearman aplicada a la muestra; para analizar la posible relación entre la dirección y la gestión del cuidado de enfermería; se obtuvo el siguiente resultado: El análisis realizado encontró la significancia en 0,610 mayor a 0,05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Es decir, no existe relación entre la dimensión Dirección

y la variable Gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

### Hipótesis específica 3

Atención primaria y Gestión del cuidado de enfermería

Ho: No existe relación entre la atención primaria y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

Ha: Existe la relación entre la atención primaria y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

Criterio de decisión: si la significancia o valor p es mayor o igual que 0,05 entonces se acepta Ho, es decir no existe relación. Si la significancia o valor p es menor que 0,05, se acepta Ha, es decir existe relación. Se utiliza correlación de Spearman debido a que una de las variables tiene distribución no normal.

**Tabla 11**

*Correlación entre la dimensión Atención primaria y la variable Gestión del cuidado de enfermería.*

			Atención primaria	Gestión
Rho de Spearman	Atención primaria	Coeficiente de correlación	1.000	-.450**
		Sig. (bilateral)	.	.001
		N	50	50
	Gestión	Coeficiente de correlación	-.450**	1.000
		Sig. (bilateral)	.001	.
		N	50	50

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

Según la técnica estadística de Correlación de Spearman aplicada a la muestra; para analizar la posible relación entre la atención primaria y la gestión del cuidado de enfermería; se obtuvo el siguiente resultado: El análisis realizado encontró la significancia en 0,001 menor a 0,05. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Es decir, existe relación entre la dimensión atención primaria y la variable gestión del cuidado de enfermería. Considerando a Bizquerra

(1987), podemos entender que existe una correlación negativa con un valor de -0,450 y con una relación moderada.

#### Hipótesis Específica 4

Comunicación y Gestión del cuidado de enfermería

Ho: No existe relación entre la comunicación y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

Ha: Existe relación entre la comunicación y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

Criterio de decisión: si la significancia o valor p es mayor o igual que 0,05 entonces se acepta Ho, es decir no existe relación. Si la significancia o valor p es menor que 0,05, se acepta Ha, es decir existe relación. Se utiliza correlación de Spearman debido a que una de las variables tiene distribución no normal.

**Tabla 12**

*Correlación entre la dimensión Comunicación y la variable Gestión del cuidado de enfermería*

			<u>Comunicación</u>	<u>Gestión</u>
Rho de Spearman	Comunicación	Coeficiente de correlación	1.000	-.073
	n	Sig. (bilateral)	.	.615
		N	50	50
	Gestión	Coeficiente de correlación	-.073	1.000
		Sig. (bilateral)	.615	.
		N	50	50

Según la técnica estadística de Correlación de Spearman aplicada a la muestra; para analizar la posible relación entre la comunicación y la gestión del cuidado de enfermería; se obtuvo el siguiente resultado: El análisis realizado encontró la significancia en 0,615 mayor a 0,05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Es decir, no existe relación entre la dimensión

Comunicación y la variable Gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

### Hipótesis Específica 5

Sucesos notificados y Gestión del cuidado de enfermería

Ho: No existe relación entre los sucesos notificados y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

Ha: Existe relación entre los sucesos notificados y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

Criterio de decisión: si la significancia o valor p es mayor o igual que 0,05 entonces se acepta Ho, es decir no existe relación. Si la significancia o valor p es menor que 0,05, se acepta Ha, es decir existe relación. Se utiliza correlación de Spearman debido a que una de las variables tiene distribución no normal.

**Tabla 13**

*Correlación entre la dimensión Sucesos notificados y la variable Gestión del cuidado de enfermería.*

			Sucesos notificados	Gestión
Rho de Spearman	Sucesos notificados	Coeficiente de correlación	1.000	-.038
		Sig. (bilateral)	.	.793
		N	50	50
	Gestión	Coeficiente de correlación	-.038	1.000
		Sig. (bilateral)	.793	.
		N	50	50

Según la técnica estadística de Correlación de Spearman aplicada a la muestra; para analizar la posible relación entre los sucesos notificados y la gestión del cuidado de enfermería; se obtuvo el siguiente resultado: El análisis realizado encontró la significancia en 0,793 mayor a 0,05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis

nula y se rechaza la hipótesis alterna. Es decir, no existe relación entre la dimensión Sucesos notificados y la variable Gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

## V. DISCUSIÓN

Los resultados descriptivos, respecto a la seguridad del paciente mostraron que, la mayoría de enfermeros se centran en el nivel moderado, alcanzando un porcentaje de 90%, y otros enfermeros lo evaluaron como adecuado con 10% y ningún enfermero indicó que fue inadecuado. Resultados similares fueron hallados por Laura F, Astete P (2021), cuyos resultados mostraron que, el 42% percibió la seguridad del paciente como media, seguida de 32% bajo. Sin embargo, en el estudio realizado por Quispe S (2021), en la seguridad del paciente el 58% percibió como alto. Ello refleja que la percepción de la seguridad del paciente depende de diversos factores, los cuales pueden ser del entorno o personales.

En cuanto a la gestión del cuidado de enfermería, se observa que la mayoría de enfermeros se centran en el nivel bueno, alcanzando un porcentaje de 80%, y otros enfermeros lo evaluaron como mediano con 20% y ningún enfermero indicó que fue bajo. Al respecto, similares resultados fueron hallados por Barrueta R (2017), en su estudio “Gestión del cuidado de enfermería en hospitales de complejidad II. Ancash” cuyos resultados evidenciaron un cumplimiento del 50% en los indicadores de la gestión del cuidado de enfermería, en la dimensión estructura el 70% cumplió, en procesos el 38% y en resultados el 42,5%. Además, Ravelo E (2021), en su estudio cuyos resultados mostraron que la calidad del cuidado de enfermería en la seguridad del paciente fue buena en el 55% durante el preoperatorio, transoperatoria 65% buena y postoperatorio 85% bueno. En general la mayoría percibió una calidad del cuidado en la seguridad del paciente bueno. En ambos estudios se percibió el cuidado de enfermería mayoritariamente como bueno.

En cuanto al objetivo general del estudio, existe relación entre la variable Seguridad del paciente hospitalizado y la variable gestión del cuidado de enfermería. Considerando a Bizquerra (1987), podemos entender que existe una correlación negativa con un valor de  $-0,307$  y con una relación baja. Además, la seguridad del paciente fue considerada moderada en el 90%, y la gestión del cuidado de enfermería buena en el 80%.

Similares resultados fueron hallados por, Laura F, Astete P (2021), en su estudio titulado “Gestión de seguridad del paciente y calidad del cuidado en profesionales de enfermería del Hospital Nacional Dos de Mayo” donde se halló un

valor de Rho Spearman 1,000 y un valor  $p=0,001$ , concluyendo que existe relación significativa entre las variables. En ese mismo sentido, Quispe S (2021), encontró que, en la seguridad del paciente el 58% percibió como alto. El 88% percibió la calidad del cuidado enfermero como alto. Se halló una correlación significativa entre las variables ( $\rho = 0,354^*$ ,  $p = 0,12$ ).

Los resultados reflejan que el cuidado de enfermería tiene un impacto significativo en la seguridad del paciente, lo que afecta los resultados clínicos, la satisfacción del paciente con la atención recibida y la satisfacción del personal de enfermería con la atención brindada. El personal de enfermería desempeña un papel crucial y significativo en la configuración de la cultura de seguridad del paciente.

Las teorías contemporáneas de la seguridad del paciente apuntan a nuevos tipos de riesgos asociados con la presión casi constante sobre las organizaciones de atención médica, la escasez de personal, la carga de trabajo excesiva, la gran cantidad de casos complejos, el uso de nuevas tecnologías y otros factores. Estos factores estresantes colocan a los mandos intermedios y al personal de primera línea en una posición difícil, en riesgo de incumplir sus estándares y no brindar una atención médica de calidad y seguridad óptimas.

La cultura de seguridad es un concepto multidimensional que comprende una evaluación de los estilos de liderazgo, los valores éticos, las actitudes y el comportamiento individual y grupal, la práctica de la medicina que se basa en evidencias, el uso de canales de comunicación, el aprendizaje de los errores, el reconocimiento de las deficiencias sistémicas y la atención centrada en el paciente (Witczak et al., 2021).

De acuerdo con la ciencia de seguridad más actualizada, el análisis de los procesos de trabajo y las condiciones organizacionales son necesarios para comprender cómo se pueden prevenir los eventos adversos. Existe un potencial significativo para mejorar el desempeño de la seguridad del paciente y eliminar los peligros en entornos de trabajo con una cultura de seguridad del paciente madura. Las percepciones del personal sobre su entorno de trabajo pueden variar con el tiempo con los cambios en el trabajo y las condiciones psicosociales de trabajo,

incluido el liderazgo, la capacitación, y las características del diseño organizacional (Brubakk et al., 2021).

Estos factores pueden influir en las precauciones de seguridad, y la calidad de la atención. Se considera que las organizaciones con percepciones culturales divergentes y poca confianza social entre el personal tienen culturas débiles e inmaduras, con una capacidad limitada para nutrir y apoyar las mejores prácticas del personal y, a menudo, conducen a resultados impredecibles y dañinos.

En cuanto al primer objetivo específico, el análisis realizado halló el valor  $p$  en 0,172 mayor a 0,05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Es decir, no existe relación entre la dimensión Área de trabajo y la variable Gestión del cuidado de enfermería. El entorno físico juega un papel importante en la promoción de la salud y el bienestar de los pacientes y en la provisión de lugares de trabajo de apoyo para el personal en entornos de atención médica.

Para lograr los resultados esperados en el cuidado de la salud, las decisiones de diseño deben basarse en el mejor conocimiento disponible de la investigación y la práctica junto con la evaluación de los edificios existentes, un proceso conocido como diseño basado en evidencia. Para garantizar que los entornos hospitalarios (p. ej., unidades de accidentes cerebrovasculares) apoyen las actividades de atención y contribuyan a los resultados esperados, como la mejora de las funciones físicas y cognitivas de los pacientes, la perspectiva del usuario es crucial (Rocco & Garrido, 2017).

Un diseño adecuado de los entornos de salud, junto con una cultura que priorice la salud y la seguridad del equipo de atención a través de sus políticas y valores, puede reducir el riesgo de enfermedades y lesiones para el personal del hospital y proporcionar el apoyo necesario para realizar tareas críticas. Además, es importante identificar los factores centrales sistémicos y de diseño de instalaciones que conducen a fallas en el cuidado de la salud, y luego desarrollar nuevas soluciones (por ejemplo, salas estandarizadas) que abordan estos problemas dentro del contexto de los cambios culturales y la evolución de los modelos de atención.

En este caso, gestores de enfermería deben garantizar un espacio físico adecuado para los cuidados del paciente, sin embargo, muchas veces no depende



de ellos enteramente, para realizar dichas modificaciones, siendo los aspectos burocráticos una barrera para su implementación.

En cuanto al segundo objetivo específico, el análisis realizado encontró el valor  $p$  en 0,610 mayor a 0,05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Es decir, no existe relación entre la dimensión Dirección y la variable Gestión del cuidado de enfermería. La seguridad brindada por la dirección, el cual hace referencia a las normas, guías y protocolos elaborados por la gestión para brindar un respaldo a los trabajadores y pacientes. (Alvarado C, 2014).

Para la dirección los profesionales de enfermería utilizan diversas tácticas como la observación es un aspecto clave. Los profesionales de enfermería están atentos y monitorean todo tipo de complicaciones. La comunicación. Las enfermeras interactúan con frecuencia con los médicos y otros miembros del equipo médico y, como defensores de los pacientes, son responsables de reconocer y comunicar errores y otros problemas. Necesitan poseer una comprensión de la condición de un paciente y cualquier medicamento, procedimiento o tratamiento que el paciente esté recibiendo para identificar posibles problemas.

En cuanto al tercer objetivo específico, el análisis realizado encontró el valor  $p$  en 0,001 menor a 0,05. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Es decir, existe relación entre la dimensión atención primaria y la variable gestión del cuidado de enfermería. Considerando a Bizquerra (1987), podemos entender que existe una correlación negativa con un valor de -0,450 y con una relación moderada. La seguridad desde la atención primaria, implica todas las acciones realizadas desde este nivel de atención con el objetivo de garantizar la seguridad del paciente en forma oportuna, cumpliendo con todos los protocolos establecidos por la institución (Alvarado C, 2014).

En cuanto al cuarto objetivo específico, el análisis realizado encontró el valor  $p$  en 0,615 mayor a 0,05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Es decir, no existe relación entre la dimensión Comunicación y la variable Gestión del cuidado. La comunicación inadecuada entre enfermeras y otros trabajadores de la salud provoca incidentes centinela en los servicios de salud.

Esto también contribuye a la insatisfacción laboral, que tiende a afectar la calidad de la atención y la seguridad del paciente. Uno de los factores importantes

que afectan la calidad de los servicios de salud es la aplicación de una cultura de seguridad del paciente. Es importante analizar los determinantes de que la cultura de seguridad del paciente sea aplicable en todos los entornos de atención de la salud (Noviyanti et al., 2021).

En cuanto al quinto objetivo específico, el análisis realizado encontró el valor  $p$  en 0,793 mayor a 0,05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Es decir, no existe relación entre la dimensión Sucesos notificados y la variable Gestión del cuidado de enfermería. Al respecto, La comprensión de que los eventos adversos son comunes y, a menudo, resultan del diseño deficiente de los sistemas de atención médica, que ha tenido un efecto en el desarrollo de sistemas institucionales de eventos adversos.

Estos sistemas se utilizan para recopilar datos sobre eventos adversos que permiten aprender de dichos eventos e identificar tendencias que pueden revelar problemas organizacionales, sistémicos y ambientales. Estos enfoques tienen como objetivo evitar que ocurran eventos adversos en primer lugar o identificar rápidamente un evento adverso una vez que ha ocurrido (Mora Pérez et al., 2020).

Un estudio cuyo objetivo fue determinar los eventos adversos relacionados al cuidado de enfermería, identificó que la mayoría fueron debido a factores extrínsecos en el 85%. El 50% fue descrito como evento sin lesiones, mientras que un 34% tuvieron lesiones. Lo más resaltante fue que, el 100% de eventos fueron prevenibles (Vaca & Muñoz, 2016). Ello puede explicar los resultados obtenidos donde la ocurrencia y notificación dependen en su mayoría de factores extrínsecos a la actividad de enfermería. A pesar de estos desarrollos, la mayoría de los eventos adversos no se detectan. La razón es que la mayor parte de las organizaciones de atención médica confían en la notificación voluntaria para la detección de eventos adversos y se ha demostrado que la notificación espontánea es una forma mínimamente eficaz de detectar dichos eventos.

En cuanto a las debilidades del estudio, se tuvieron dificultades para el acceso a la muestra, extendiendo el tiempo para la ejecución del estudio. Además, al ser un estudio de enfoque cuantitativo, se obtuvo menor profundidad en el análisis de la información, sin embargo, permitió abordar un mayor número de muestra. Respecto

a las fortalezas del estudio, se contó con una asesoría de investigación externa, así como un estadístico para realizar el análisis e interpretación de la data obtenida.

Nuestros hallazgos tienen varias implicaciones para el trabajo de las enfermeras y política de seguridad del paciente. La identificación de las deficiencias sobre la cultura de seguridad del paciente permite emprender las intervenciones con vistas a su mejora. Los gestores del cuidado deben centrarse en construir una cultura de confianza que impulse una atención de calidad a los pacientes.

La gestión del cuidado de enfermería se entiende como una práctica profesional de enfermería, basada en la ciencia del cuidado, y llevado a cabo a través de acciones de planificación, organización y control de servicios oportunos, seguros e integrales, para asegurar la continuidad de las políticas de atención y apoyo y las orientaciones estratégicas en las instituciones de salud. Desde esta perspectiva, las enfermeras deben proporcionar una cultura organizacional que favorezca la práctica de cuidado, selección de personas, desarrollo de programas de formación e implementación de un modelo de cuidado que puedan orientar la práctica de enfermería y promover las acciones de cultura de seguridad de los profesionales de la salud.

## VI. CONCLUSIONES

**Primera:** En cuanto a la seguridad del paciente, la mayoría de enfermeros se centran en el nivel moderado, alcanzando un porcentaje de 90%, y otros enfermeros lo evaluaron como adecuado con 10% y ningún enfermero indicó que fue inadecuado.

**Segunda:** En cuanto a la gestión del cuidado enfermería, la mayoría de enfermeros se centran en el nivel bueno, alcanzando un porcentaje de 80%, y otros enfermeros lo evaluaron como mediano con 20% y ningún enfermero indicó que fue bajo.

**Tercera:** Existe relación entre la variable Seguridad del paciente hospitalizado y la variable gestión del cuidado de enfermería. Es una correlación negativa porque el indicador encontrado tiene un valor de -0,307

**Cuarta:** No existe relación entre la dimensión Área de trabajo y la variable Gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022. El análisis realizado halló el valor p en 0,172 mayor a 0,05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

**Quinta:** No existe relación entre la dimensión Dirección y la variable Gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022. El análisis realizado halló el valor p en 0,610 mayor a 0,05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

**Sexta:** Existe relación entre la dimensión atención primaria y la variable gestión del cuidado de enfermería. Es una correlación negativa porque el indicador encontrado tiene un valor de -0,450

**Séptima:** No existe relación entre la dimensión Comunicación y la variable Gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022. El análisis realizado halló el valor p en 0,615 mayor a 0,05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

**Octava:** No existe relación entre la dimensión Sucesos notificados y la variable Gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022. El análisis

realizado halló el valor p en 0,793 mayor a 0,05. Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

## VII. RECOMENDACIONES

**Primera:** La seguridad del paciente en enfermería es el primer paso para reducir el riesgo de errores médicos. Una estrategia sólida y exitosa de seguridad del paciente utilizará resultados basados en evidencia para mejorar constantemente los protocolos de seguridad del paciente y establecer una cultura duradera de aprendizaje y mejora. Por ello, se deben continuar los estudios correlacionales resultan importante para evidenciar factores que influyen positivamente en la cultura de seguridad.

**Segunda:** Las enfermeras son una parte crucial de los esfuerzos de cualquier hospital para mejorar la seguridad del paciente. Las enfermeras interactúan más cerca a los pacientes que cualquier profesional de la salud. Debido a que las enfermeras están directamente involucradas con los pacientes en el día a día, mejorar su capacidad de cuidado y de alta calidad, a través de instrumentos validados, es imprescindible para que cualquier estrategia integral de seguridad del paciente tenga éxito.

**Tercera:** Promover la seguridad del paciente en enfermería requiere del desarrollo de una comunicación y colaboración intencionada, que es responsabilidad de los gestores. Los gestores de enfermería deben estimular a quienes se esfuerzan por minimizar diligentemente los errores médicos y advierten a los demás de lo sucedido, marcando la pauta para un equipo médico respetuoso y transparente.

**Cuarta:** Los profesionales de enfermería como parte de su formación continua deben incluir cursos de gestión, los cuales le permitirán un mejor manejo y articulación de los cuidados que se brindan a los pacientes.

**Quinta:** Los servicios hospitalarios deben contar con una infraestructura adecuada que permita garantizar una buena seguridad a los pacientes, siendo ello una de las dimensiones de mayor relevancia, así como la labor realizada por el personal de salud.

**Sexta:** los servicios de salud deben adaptarse al contexto de la pandemia COVID-19, para limitar los contagios de este virus, que ha demostrado elevada morbi-mortalidad, afectando la seguridad de los pacientes.

**Séptima:** Futuras investigaciones deben ir orientada a buscar otros factores que influyen en la cultura de seguridad del paciente, lo cual permitirá la elaboración de acciones de mejora en la institución, así como una buena toma de decisiones.

**Octava:** se deben realizar estudios bajo otros enfoques de investigación como el cualitativo, el cual permitirá tener una mayor profundidad en el conocimiento de las variables, siendo un insumo importante que aportará en la elaboración de los planes de mejora de la institución.

## REFERENCIAS

- Aguilar, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud Salud. *Salud en Tabasco*, 11(1), 333-338. <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711206.pdf>
- Alvarado C. (2014). *Relacion Entre Clima Organizacional y Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Salud del Centro Médico Naval* [Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3678>
- Bartolomé, A., Ignacio Gómez-Arnau, J., García del Valle, S., González-Arévalo, A., Antonio Santa-Úrsula, J., & Hidalgo, I. (2005). Seguridad del paciente y sistemas de comunicación de incidentes. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(4), 228-234. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(08\)74756-0](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(08)74756-0)
- Bravo M, Arboleda L, Arguello D, & Peñaranda M. (2020). *Cultura de seguridad en profesionales del quirófano en una institución de atención materno infantil*. 36(1), 1-21. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3155>
- Brubakk, K., Svendsen, M. V., Deilkås, E. T., Hofoss, D., Barach, P., & Tjomsland, O. (2021). Hospital work environments affect the patient safety climate: A longitudinal follow-up using a logistic regression analysis model. *PLoS ONE*, 16(10 October), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258471>
- Christovam, B. P., Porto, I. S., & de Oliveira, D. C. (2012). Nursing care management in hospital settings: The building of a construct. *Revista da Escola de Enfermagem*, 46(3), 734-741. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300028>
- Coltters, C., Güell, M., & Belmar, A. (2020). Gestión Del Cuidado De Enfermería En La Persona Mayor Hospitalizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 65-75. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2019.11.009>
- da Silva Severino, F., Pimentel Gomes, N., de Vasconcelos, F., de Freitas, A., Helena, C., Jorge, B., Salete, M., Souza Oliveira, D., Catarina, A., Enfermería de la UECE, E., Profesora Titular de la UECE, E., & en Enfermería, D. (2014). Implicaciones de la seguridad del paciente en la practica del cuidado de enfermería. *Enfermería global*. *Fortaleza*, 2(1), 293-309.



<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n35/revision2.pdf>

De Sá Mororó, D. D., Enders, B. C., De Carvalho Lira, A. L. B., Da Silva, C. M. B., & De Menezes, R. M. P. (2017). Concept analysis of nursing care management in the hospital context. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323-332. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700043>

Espinoza, E. E., & Calva, D. X. (2020). La ética en las investigaciones educativas. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(4), 333-340. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202020000400333](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000400333)

Favero L, Meir M, Ribeiro M, & Azevedo, D. (2009). Acta Paulista de Enfermagem Jean Watson ' s Theory of Human Caring: a decade of Brazilian publications. *Acta paul. enferm*, 22(2), 1-8. [http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000200016&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002009000200016&script=sci_arttext&tlng=en)

Ferro M, Molina L, & Rodríguez W. (2009). La bioética y sus principios. *Acta odontológica Venezolana*, 2(1), 1-5. [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652009000200029](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029)

Gelling L. (1999). Ethical principles in healthcare research. *Nursing Standard*, 13(36), 39-42. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-49250-6\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-319-49250-6_14)

González, L., Velandia, A. L., & Flores, V. (2009). Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. *Revista Conamed*, 14(1), 40-43. <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2009/cons091i.pdf>

Granel, N., Manresa-Domínguez, J. M., Watson, C. E., Gómez-Ibáñez, R., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Nurses' perceptions of patient safety culture: A mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05441-w>

Gunawan, D., & Tutik Sri Hariyati, R. (2019). The implementation of patient safety culture in nursing practice. *Enfermeria Clinica*, 29(Insc 2018), 139-145. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.05.007>

Herrera, M. I. C. (2020). *Cultura de seguridad del paciente en el personal asistencial*

de los servicios de hospitalización de un hospital público, 2019 [Universidad Cesar Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/38783>

Huong Tran, L., Thanh Pham, Q., Nguyen, D. H., Tran, T. N. H., & Bui, T. T. H. (2021). Assessment of Patient Safety Culture in Public General Hospital in Capital City of Vietnam. *Health Services Insights*, 14, 0-5. <https://doi.org/10.1177/11786329211036313>

Instituto Nacional de del Niño. (2021). *Plan Anual de Seguridad del Paciente 2021 Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja*. Instituto Nacional de Salud del Niño.

Jaime N, & Gonzales J. (2021). Cultura Sobre Seguridad Del Paciente en el personal de enfermería en una Institución del Conurbano Bonaerense. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 25(5), 12. <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5229/pdf>

Jiménez J, Buller E, & Luzuriaga C. (2016). La comunicación en la seguridad del paciente. *Rev Clín Med Fam*, 9(1), 50-53. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v9n1/paciente2.pdf>

Laura F, & Astete P. (2021). *Gestión de Seguridad del Paciente y Calidad del Cuidado En Profesionales De Enfermería Que Laboran En La Unidad De Cuidados Intensivos Del Hospital Nacional Dos De Mayo Lima- 2019* [Univerdidad Nacional del Callao]. <http://hdl.handle.net/20500.12952/5053>

Luther, B., Barra, J., & Martial, M. A. (2019a). Essential Nursing Care Management and Coordination Roles and Responsibilities: A Content Analysis. *Professional Case Management*, 24(5), 249-258. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000355>

Luther, B., Barra, J., & Martial, M. A. (2019b). Essential Nursing Care Management and Coordination Roles and Responsibilities: A Content Analysis. *Professional Case Management*, 24(5), 249-258. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000355>

Manterola, C., Grande, L., Otzen, T., García, N., Salazar, P., & Quiroz, G. (2018). Confiabilidad, precisión o reproducibilidad de las mediciones. Métodos de

- valoración, utilidad y aplicaciones en la práctica clínica. *Revista chilena de infectología*, 35(6), 680-688. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182018000600680>
- Mantuané, J. (2010). Introducción a la investigación básica. *Revista Andaluza de Patología Digestiva*, 33(3), 221-227. <https://www.sapd.es/revista/2010/33/3/03/pdf>
- Marasso, N. I., & Ariasgago, O. L. (2013). La Bioética y el Principio de Autonomía. *Revista Facultad de Odontología*, 1(2), 72-78. <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/download/1651/1411+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe>
- Marchitto, M. (2011). El error humano y la gestión de seguridad: la perspectiva sistémica en las obras de James Reason. *Laboreal*, 7(2), 0-12. <https://doi.org/10.4000/laboreal.7750>
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. (2011). *Traducción, validación y adaptación del cuestionario MOSPS para medir la cultura de seguridad del paciente en Atención Primaria*. 103. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MOSPS.pdf>
- Mora Pérez, Y., de Souza Magnago, T. S. B., Torres Esperón, J. M., & Espinosa Roca, A. A. (2020). Sistemas de notificación de eventos adversos en unidades de cuidados intensivos para gestión de riesgo. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(3), 1-12. <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2640/635>
- Muñoz Míguez, A., Jiménez Muñoz, A. B., Pinilla Llorente, B., Durán García, M. E., Cabrera Aguilar, F. J., & Rodríguez Pérez, M. P. (2007). Seguridad del paciente. *Anales de Medicina Interna*, 24(12), 602-606. <https://doi.org/10.35985/9789588920757.2>
- Noviyanti, L. W., Ahsan, A., & Sudartya, T. S. (2021). Exploring the relationship between nurses ' communication satisfaction and patient safety culture. *Journal of Public Health Research 2021*, 10(1), 317-320. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8129749/pdf/jphr-10-2-2225.pdf>
- Nymark, C., von Vogelsang, A. C., Falk, A. C., & Göransson, K. E. (2022). Patient safety, quality of care and missed nursing care at a cardiology department during

- the COVID-19 outbreak. *Nursing Open*, 9(1), 385-393.  
<https://doi.org/10.1002/nop2.1076>
- Oldland, E., Botti, M., Hutchinson, A. M., & Redley, B. (2020). A framework of nurses' responsibilities for quality healthcare — Exploration of content validity. *Collegian*, 27(2), 150-163. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.07.007>
- Organizacion Mundial de la Salud. (2019). *Seguridad del paciente*.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Seguridad del paciente*.  
[https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/patient-safety#tab=tab_1)
- Ortiz R, & Hernández E. (2018). Perception of humanized nursing care (PHCE) by family members of critical care pediatrics. *Nursing & Care Open Access Journal*, 5(3), 1-6. <https://doi.org/10.15406/ncoaj.2018.05.00142>
- Oscar Alberto Beltrán, S. (2018). Humanized Care: A Challenge for Nursing. *International Archives of Nursing and Health Care*, 4(2), 92-93.  
<https://doi.org/10.23937/2469-5823/1510092>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Palmieri, P. A., Leyva-Moral, J. M., Camacho-Rodriguez, D. E., Granel-Gimenez, N., Ford, E. W., Mathieson, K. M., & Leafman, J. S. (2020). Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC): A multi-method approach for target-language instrument translation, adaptation, and validation to improve the equivalence of meaning for cross-cultural research. *BMC Nursing*, 19(1), 1-13.  
<https://doi.org/10.1186/s12912-020-00419-9>
- Quispe S. (2021). *Gestión de seguridad del paciente y calidad del cuidado enfermero durante la pandemia por COVID-19 en el INEN, 2020*.  
<https://hdl.handle.net/20500.12692/76522>
- Ramirez M. (2017). *Gestión del cuidado de enfermería en hospitales de complejidad II. Áncash, 2017* [Universidad San Pedro].  
<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/7090>

- Ravelo E. (2019). *Calidad del cuidado de enfermería en la seguridad integral del paciente quirúrgico del hospital Elpidio Berovides Pérez, Otuzco 2018* [Universidad Privada Antenor Orrego]. [https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6916/1/REP\\_EVELYN.RAVELO\\_CALIDAD.DEL.CUIDADO.DE.ENFERMERIA.pdf](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/6916/1/REP_EVELYN.RAVELO_CALIDAD.DEL.CUIDADO.DE.ENFERMERIA.pdf)
- Rivera Tejada, H. S., Paredes Ayala, B., & Sánchez Minchola, S. E. (2020). Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 7(2), 85-92. <https://doi.org/10.35383/cietna.v7i2.410>
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.08.006>
- Salazar A, & Restrepo D. (2020). Patient Safety Culture Observed at Six Surgical Centers in Antioquia, Colombia. *Revista Cuidarte*, 11(2), 14. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.1040>
- Sampieri, R. H., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (M.-H. / I. E. S.A. (ed.); 6th Ed, Vol. 53, Número 9). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Sanchis, D. Z., Haddad, M. do C. F. L., Giroto, E., & Silva, A. M. R. (2020). Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(5), e20190174. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174>
- Vaca, J., & Muñoz, P. (2016). Eventos adversos relacionados con los cuidados de enfermería en el Hospital de Ibarra, provincia de Imbabura. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 1(3), 102-106. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194257>
- Vaismoradi, M., Tella, S., Logan, P. A., Khakurel, J., & Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' adherence to patient safety principles: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph17062028>
- Vallejo, M. (2002). El diseño de investigación: una breve revisión metodológica. *Arch*

*Cardiología de México*, 72(2), 8-12.  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-99402002000100002](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402002000100002)

Villasís-Keever, M. Á., Márquez-González, H., Zurita-Cruz, J. N., Miranda-Novales, G., & Escamilla-Núñez, A. (2018). Research protocol VII. Validity and reliability of the measurements. *Revista Alergia Mexico*, 65(4), 414-421.  
<https://doi.org/10.29262/ram.v65i4.560>

Witczak, I., Rypicz, Ł., Karniej, P., Młynarska, A., Kubiela, G., & Uchmanowicz, I. (2021). Rationing of Nursing Care and Patient Safety. *Frontiers in Psychology*, 12(September), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.676970>

Woodward, S. (2005). Seven steps to patient safety. *Revista de Calidad Asistencial*, 20(2), 66-70. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)74725-0](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(08)74725-0)

## **ANEXOS**

## Anexo 1. Matriz de Consistencia

Título: Seguridad del paciente hospitalizado y la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.								
Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores					
Problema General:	Objetivo general:	Hipótesis general:	Variable 1: Seguridad del paciente hospitalizado					
¿Cuál es la relación entre la seguridad del paciente hospitalizado y la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, 2022?	Determinar la relación entre la seguridad del paciente hospitalizado con la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, 2022.	Existe relación entre la seguridad del paciente hospitalizado y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos	
			Área de trabajo	Ambiente de trabajo. Condición de salud.	1,2,3,4,5,6,7, 8,9,10,11,12, 13,14,15,16, 17,18	Nunca (1) Casi nunca (2) a veces (3) casi siempre (4)	Inadecuado	24-98
			Dirección	Clima de trabajo. Seguridad del paciente.	19,20,21,22			
			Atención primaria	Apoyo mutuo. Trabajo en equipo.	23,24,25,26, 27,28,29,30, 31,32,33.	Siempre (5)	Moderado	99-154
			Comunicación	Información de los errores. Comunicación asertiva.	34,35,36,37, 38,39.			
Problemas Específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Sucesos notificados	Información oportuna de incidentes. Estadísticas.	40,41,42	Adecuado	155-210	
¿Cuál es la relación entre el área de trabajo y la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022?	Determinar la relación entre el área de trabajo con la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.	Existe relación entre el área de trabajo y la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022	Variable 2: Gestión del cuidado de enfermería					
¿Cuál es la relación entre la dirección y la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022?	Determinar la relación entre la dirección con la gestión del cuidado de Enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022.	Existe relación entre la dirección y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Niveles o rangos	
			Técnico	Valorar al paciente. Tengo en cuenta los hallazgos para el plan de cuidados. Planteo problemas de enfermería que puedo solucionar autónomamente. Cumpro las órdenes médicas para el cuidado de enfermería.	1,2,3,4,5,6	Nunca (1) A veces (2) Casi siempre (3)	Bajo  Mediano	1-23



				Guio las acciones de cuidado con base en los protocolos del servicio.		Siempre (4)		24-36
¿Cuál es la relación entre la comunicación y la gestión del cuidado de enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022?	Determinar la relación entre la comunicación con la gestión del cuidado de enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022.	Existe relación entre la comunicación y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.	Humano	Planeo las acciones del cuidado al inicio de la jornada. Ejecuto la rutina de trabajo del servicio. Discuto la situación de los pacientes con los colegas. Se plantean acciones de cuidado en conjunto con el equipo de enfermería. Se cerciora de que la programación de citas profesionales. Por ejemplo, procedimientos especiales, se acomodan a la real condición situación del paciente. Es bien organizada.	7,8,9,10,11,12		Bueno	37-48
¿Cuál es la relación entre sucesos notificados y la gestión del cuidado de enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022?	Determinar la relación entre los sucesos notificados con la gestión del cuidado de enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022.	Existe relación entre los sucesos notificados y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, 2022..						
¿Cuál es la relación entre la atención primaria y la gestión del cuidado de enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022?	Determinar la relación entre la atención primaria con la gestión del cuidado de enfermería de un hospital de Huaral, nivel II, 2022.	Existe relación entre la atención primaria y la gestión del cuidado de Enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.						
<b>Diseño de investigación:</b>		<b>Población y Muestra:</b>		<b>Técnicas e instrumentos:</b>		<b>Método de análisis de datos:</b>		
Enfoque: Cuantitativo Tipo: Básico Método: Correlacional Diseño: No experimental, transversal		Población: 108 Licenciados en enfermería.  Muestra: 50 Licenciados en enfermería.		Técnicas: Encuesta  Instrumentos: Cuestionario (2)		Descriptiva: Tablas de frecuencia Inferencial: Prueba de kolmogorov-smirnov Prueba de correlación: Pearson		

## Anexo 2. Tabla de operacionalización de variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Variable 1: Seguridad del paciente	La seguridad del paciente es una disciplina muy importante en el cuidado de la salud, que ha surgido con la evolución de los sistemas de salud y que se observa en todo el mundo. Tiene como objetivo prevenir riesgos y reducir el daño que sufren los pacientes en la prestación de atención médica (OMS, 2019)	La variable de seguridad del paciente será subdividida en cinco dimensiones: Área de trabajo, dirección, comunicación, sucesos notificados, atención primaria.	<b>Área de trabajo.</b>  <b>Dirección.</b> <b>Comunicación.</b>  <b>Sucesos Notificados.</b>  <b>Atención primaria.</b>	Ambiente de trabajo Condición de salud  Clima de trabajo Seguridad del paciente  Información de los errores. Comunicación asertiva.  Información oportuna de incidentes. Estadísticas.  Apoyo mutuo Trabajo en equipo	Ordinal  Nunca =1  Casi Nunca =2  A veces =3  Casi siempre =4  Siempre =5

Variable 2: Gestión del cuidado de enfermería	Jean Watson y su teoría del cuidado humano; desarrolla el cuidado transpersonal, entendido como la conexión del mundo subjetivo de la enfermera y el paciente, incluyendo el cuidado físico, mental, emocional y espiritual (González, 2015).	La variable de gestión del cuidado de enfermería será subdividido en 2 dimensiones que implica el aspecto técnico y humano.	<b>Técnico</b>	<p>Valoro al paciente. Tengo en cuenta los hallazgos para el plan de cuidados. Planteo problemas de enfermería que puedo solucionar autónomamente.</p>	<p>Nunca = 1 A veces = 2 Casi siempre = 3 Siempre = 4</p>
			<b>Humana</b>	<p>Cumplo las órdenes médicas para el cuidado de enfermería. Guio las acciones de cuidado con base en los protocolos del servicio. Planeo las acciones del cuidado al inicio de la jornada. Ejecuto la rutina de trabajo del servicio. Discuto la situación de los pacientes con los colegas. Se plantean acciones de cuidado en conjunto con el equipo de enfermería. Se cerciora de que la programación de citas profesionales, por ejemplo: procedimientos especiales, se acomodan a la real condición de situación del paciente. Es bien organizada.</p>	

### Anexo 3. Instrumento/s de recolección de datos

#### Instrumento n° 1 : Seguridad del paciente

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

	<b>DIMESIÓN SEGURIDAD EN EL ÁREA DE TRABAJO</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1	El personal de salud se apoya mutuamente en este servicio.					
2	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.					
3	Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo.					
4	En este servicio, el personal se trata con respeto.					
5	El personal en este servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.					
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.					
7	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.					
8	El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.					
9	Cuando se detecta algún error, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.					
10	Sólo por casualidad ocurren más errores en este servicio.					
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.					
12	Cuando se informa de un efecto adverso, siente que se juzga a la persona y no el problema.					
13	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los paciente, evaluamos sus efectividad					
14	Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer todo rápidamente.					
15	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo					
16	Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.					
17	En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.					
18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.					

	<b>DIMENSIÓN SEGURIDAD BRINDADA POR LA DIRECCIÓN</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
19	Mi jefa hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.					
20	Mi jefa considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.					
21	Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefa quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.					
22	Mi jefa no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.					
	<b>DIMENSIÓN SEGURIDAD DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
23	La Dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.					
24	Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.					
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro.					
26	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.					
27	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.					
28	En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.					
29	Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios del hospital.					
30	Las acciones de la Dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.					
31	La Dirección del hospital sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.					
32	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.					
33	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital					
	<b>DIMENSIÓN SEGURIDAD DESDE LA COMUNICACIÓN</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
34	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.					
35	El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.					
36	Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio.					
37	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.					

38	En este servicio, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan suceder.					
39	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.					
<b>DIMENSIÓN FRECUENCIA DE SUCESOS NOTIFICADOS</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
40	Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es notificado?					
41	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿es notificado?					
42	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿es notificado?					

Instrumento n° 2 : Gestión del cuidado

Escala de valor	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4

	ACTIVIDADES	1	2	3	4
1	Valoro al paciente				
2	Tengo en cuenta los hallazgos para el plan de cuidados				
3	Elaboro plan de cuidados con base en diagnóstico médico				
4	Planteo problemas de enfermería que puedo solucionar autónomamente				
5	Cumplo las órdenes médicas para el cuidado de enfermería				
6	Guio las acciones de cuidado con base en los protocolos del servicio.				
7	Planeo las acciones del cuidado al inicio de la jornada				
8	Ejecuto la rutina de trabajo del servicio.				
9	Discuto la situación de los pacientes con los colegas				
10	Se plantean acciones de cuidado en conjunto con el equipo de enfermería				
11	Se cerciora de que la programación de citas profesionales, por ejemplo, procedimientos especiales, se acomodan a la real condición situación del paciente				
12	Es bien organizada				

#### **Anexo 4. Validación de los siguientes Juicios de expertos**

	<b>Apellidos y nombres</b>	<b>Grado académico</b>	<b>Dictamen</b>
<b>1</b>	Ramírez Ruiz Luz Carmen	Magister	Aplicable
<b>2</b>	Farroñan Ramos Viviana Karim	Magister	Aplicable
<b>3</b>	Páez Trujillo, Gilda Vanessa	Magister	Aplicable

## Anexo 5. Validación de instrumentos



ESCUELA DE POSTGRADO

### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE : SEGURIDAD DEL PACIENTE.....

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: SEGURIDAD EN EL ÁREA DE TRABAJO</b>							
1	El personal de salud se apoya mutuamente en este servicio.	X		X		X		
2	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	X		X		X		
3	Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo	X		X		X		
4	En este servicio, el personal se trata con respeto.	X		X		X		
5	El personal en este servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	X		X		X		
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
7	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	X		X		X		
8	El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.	X		X		X		
9	Cuando se detecta algún error, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	X		X		X		
10	Sólo por casualidad ocurren más errores en este servicio.	X		X		X		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	X		X		X		
12	Cuando se informa de un efecto adverso, siente que se juzga a la persona y no el problema.	X		X		X		
13	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los paciente, evaluamos sus efectividad	X		X		X		
14	Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer todo rápidamente.	X		X		X		
15	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo	X		X		X		
16	Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	X		X		X		
17	En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	X		X		X		
18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	X		X		X		



DIMENSIÓN 2: SEGURIDAD BRINDADA POR LA DIRECCIÓN		Si	No	Si	No	Si	No
19	Mi jefa hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	X		X		X	
20	Mi jefa considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	X		X		X	
21	Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefa quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.	X		X		X	
22	Mi jefa no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.	X		X		X	
DIMENSIÓN: SEGURIDAD DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA		Si	No	Si	No	Si	No
23	La Dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	X		X		X	
24	Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.	X		X		X	
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro.	X		X		X	
26	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.	X		X		X	
27	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	X		X		X	
28	En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.	X		X		X	
29	Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios del hospital.	X		X		X	
30	Las acciones de la Dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	X		X		X	
31	La Dirección del hospital sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	X		X		X	
32	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	X		X		X	
33	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	X		X		X	
DIMENSIÓN: SEGURIDAD DESDE LA COMUNICACIÓN		Si	No	Si	No	Si	No
34	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	X		X		X	
35	El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	X		X		X	
36	Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio.	X		X		X	
37	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	X		X		X	
38	En este servicio, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan suceder.	X		X		X	
39	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	X		X		X	
DIMENSIÓN: FRECUENCIA DE SUCESOS NOTIFICADOS		Si	No	Si	No	Si	No
40	Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es notificado?	X		X		X	
41	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿es notificado?	X		X		X	
42	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿es notificado?	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: HG. RAMIREZ RUIZ LUZ CARMEN   DNI: 15985185

Especialidad del validador: MAESTRIA EN ENFERMERIA CON MENCION EN GESTION

.....12 de 05 del 2022

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

  
Firma del Experto Informante.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE : GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: TÉCNICO</b>								
1	Valoro al paciente	X		X		X		
2	Tengo en cuenta los hallazgos para el plan de cuidados	X		X		X		
3	Elaboro plan de cuidados con base en diagnóstico médico	X		X		X		
4	Planteo problemas de enfermería que puedo solucionar autónomamente	X		X		X		
5	Cumplo las órdenes médicas para el cuidado de enfermería	X		X		X		
6	Guío las acciones de cuidado con base en los protocolos del servicio.	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 2: HUMANA</b>								
7	Planeo las acciones del cuidado al inicio de la jornada	X		X		X		
8	Ejecuto la rutina de trabajo del servicio.	X		X		X		
9	Discuto la situación de los pacientes con los colegas	X		X		X		
10	Se plantean acciones de cuidado en conjunto con el equipo de enfermería	X		X		X		
11	Se cerciora de que la programación de citas profesionales, por ejemplo procedimientos especiales, se acomodan a la real condición de situación del paciente	X		X		X		
12	Es bien organizada	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Mg. RIVERA RUIZ LUZ CARMEN   DNI: 15985185

Especialidad del validador: MAESTRIA EN ENFERMERIA CON MENCIÓN EN GESTIÓN

12 de 05 del 20 22

<sup>1</sup>Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

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

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

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

  
Firma del Experto Informante.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE : SEGURIDAD DEL PACIENTE.....**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	<b>DIMENSIÓN 1: SEGURIDAD EN EL ÁREA DE TRABAJO</b>							
1	El personal de salud se apoya mutuamente en este servicio.	X		X		X		
2	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	X		X		X		
3	Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo	X		X		X		
4	En este servicio, el personal se trata con respeto.	X		X		X		
5	El personal en este servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	X		X		X		
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
7	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	X		X		X		
8	El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.	X		X		X		
9	Cuando se detecta algún error, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	X		X		X		
10	Sólo por casualidad ocurren más errores en este servicio.	X		X		X		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	X		X		X		
12	Cuando se informa de un efecto adverso, siente que se juzga a la persona y no el problema.	X		X		X		
13	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los paciente, evaluamos sus efectividad	X		X		X		
14	Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer todo rápidamente.	X		X		X		
15	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo	X		X		X		
16	Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	X		X		X		
17	En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	X		X		X		
18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	X		X		X		

DIMENSIÓN 2: SEGURIDAD BRINDADA POR LA DIRECCIÓN		Si	No	Si	No	Si	No
19	Mi jefa hace comentarios favorables cuando ve un trabajo hecho de conformidad con los procedimientos establecidos.	X		X		X	
20	Mi jefa considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad de los pacientes.	X		X		X	
21	Cuando la presión de trabajo aumenta, mi jefa quiere que trabajemos más rápido, aunque se ponga en riesgo la seguridad de los pacientes.	X		X		X	
22	Mi jefa no hace caso de los problemas de seguridad en los pacientes, aunque se repitan una y otra vez.	X		X		X	
DIMENSIÓN: SEGURIDAD DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA		Si	No	Si	No	Si	No
23	La Dirección de este hospital propicia un ambiente laboral que promueve la seguridad del paciente.	X		X		X	
24	Los servicios de este hospital no se coordinan bien entre ellos.	X		X		X	
25	La información de los pacientes se pierde, en parte, cuando son trasladados de un servicio a otro.	X		X		X	
26	Hay buena cooperación entre los servicios del hospital que necesitan trabajar juntos.	X		X		X	
27	A menudo se pierde información importante de los pacientes durante los cambios de turno.	X		X		X	
28	En este hospital, con frecuencia resulta incómodo trabajar con personal de otros servicios.	X		X		X	
29	Con frecuencia es problemático el intercambio de información entre los servicios del hospital.	X		X		X	
30	Las acciones de la Dirección del hospital muestran que la seguridad del paciente es altamente prioritaria.	X		X		X	
31	La Dirección del hospital sólo parece interesada en la seguridad del paciente después de que ocurre un suceso.	X		X		X	
32	Los servicios del hospital trabajan juntos y coordinadamente para proveer el mejor cuidado a los pacientes.	X		X		X	
33	Los cambios de turno son problemáticos para los pacientes en este hospital	X		X		X	
DIMENSIÓN: SEGURIDAD DESDE LA COMUNICACIÓN		Si	No	Si	No	Si	No
34	Se nos informa sobre los cambios realizados a partir de los sucesos que hemos notificado.	X		X		X	
35	El personal comenta libremente si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	X		X		X	
36	Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio.	X		X		X	
37	El personal se siente libre de cuestionar las decisiones o acciones de aquellos con mayor autoridad.	X		X		X	
38	En este servicio, discutimos cómo se pueden prevenir los errores para que no vuelvan suceder.	X		X		X	
39	El personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo, aparentemente, no está bien.	X		X		X	
DIMENSIÓN: FRECUENCIA DE SUCESOS NOTIFICADOS		Si	No	Si	No	Si	No
40	Cuando se comete un error, pero es descubierto y corregido antes de afectar al paciente, ¿es notificado?	X		X		X	
41	Cuando se comete un error, pero no tiene el potencial de dañar al paciente, ¿es notificado?	X		X		X	
42	Cuando se comete un error que pudiese dañar al paciente, pero no lo hace, ¿es notificado?	X		X		X	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

Opinión de aplicabilidad:   Aplicable    Aplicable después de corregir    No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dni Mg: MG. FARROJAN RAMOS VIVIANA KARIM   DNI: 16019502

Especialidad del validador: MAESTRIA EN PSICOLOGIA EDUCATIVA

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

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

13 de MAYO del 2022

  
 \_\_\_\_\_  
 Firma del Experto Informante.



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE : GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: TÉCNICO</b>								
1	Valoro al paciente	X		X		X		
2	Tengo en cuenta los hallazgos para el plan de cuidados	X		X		X		
3	Elaboro plan de cuidados con base en diagnóstico médico	X		X		X		
4	Planteo problemas de enfermería que puedo solucionar autónomamente	X		X		X		
5	Cumplo las órdenes médicas para el cuidado de enfermería	X		X		X		
6	Guio las acciones de cuidado con base en los protocolos del servicio.	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 2: HUMANA</b>								
7	Planeo las acciones del cuidado al inicio de la jornada	X		X		X		
8	Ejecuto la rutina de trabajo del servicio.	X		X		X		
9	Discuto la situación de los pacientes con los colegas	X		X		X		
10	Se plantean acciones de cuidado en conjunto con el equipo de enfermería	X		X		X		
11	Se cerciora de que la programación de citas profesionales, por ejemplo procedimientos especiales, se acomodan a la real condición de situación del paciente	X		X		X		
12	Es bien organizada	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Mg. FARRONAN RAMOS VIVIANA KARIM   DNI: 76019502

Especialidad del validador: MAESTRIA EN PSICOLOGIA EDUCATIVA

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

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

... 13 de MAYO del 20.22

  
Firma del Experto Informante.

**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE : SEGURIDAD DEL PACIENTE.....**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: SEGURIDAD EN EL ÁREA DE TRABAJO</b>								
1	El personal de salud se apoya mutuamente en este servicio.	X		X		X		
2	Tenemos suficiente personal para afrontar la carga de trabajo.	X		X		X		
3	Cuando tenemos mucho trabajo, trabajamos en equipo para terminarlo	X		X		X		
4	En este servicio, el personal se trata con respeto.	X		X		X		
5	El personal en este servicio trabaja más horas de lo que sería conveniente para el cuidado del paciente.	X		X		X		
6	Tenemos actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente.	X		X		X		
7	Tenemos más personal de sustitución o eventual del que es conveniente para el cuidado del paciente.	X		X		X		
8	El personal siente que sus errores son utilizados en su contra.	X		X		X		
9	Cuando se detecta algún error, se ponen en marcha medidas para evitar que vuelva a ocurrir.	X		X		X		
10	Sólo por casualidad ocurren más errores en este servicio.	X		X		X		
11	Cuando alguien está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros.	X		X		X		
12	Cuando se informa de un efecto adverso, siente que se juzga a la persona y no el problema.	X		X		X		
13	Después de introducir cambios para mejorar la seguridad de los paciente, evaluamos sus efectividad	X		X		X		
14	Frecuentemente, trabajamos bajo presión intentando hacer todo rápidamente.	X		X		X		
15	La seguridad del paciente nunca se compromete por hacer más trabajo	X		X		X		
16	Los empleados temen que los errores que cometen consten en sus expedientes.	X		X		X		
17	En esta unidad tenemos problemas con la seguridad de los pacientes.	X		X		X		
18	Nuestros procedimientos y sistemas son efectivos para la prevención de errores.	X		X		X		



**CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE : GESTIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA**

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSIÓN 1: TÉCNICO</b>								
1	Valoro al paciente	X		X		X		
2	Tengo en cuenta los hallazgos para el plan de cuidados	X		X		X		
3	Elaboro plan de cuidados con base en diagnóstico médico	X		X		X		
4	Planteo problemas de enfermería que puedo solucionar autónomamente	X		X		X		
5	Cumplo las órdenes médicas para el cuidado de enfermería	X		X		X		
6	Guío las acciones de cuidado con base en los protocolos del servicio.	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 2: HUMANA</b>								
7	Planeo las acciones del cuidado al inicio de la jornada	X		X		X		
8	Ejecuto la rutina de trabajo del servicio.	X		X		X		
9	Discuto la situación de los pacientes con los colegas	X		X		X		
10	Se plantean acciones de cuidado en conjunto con el equipo de enfermería	X		X		X		
11	Se cerciora de que la programación de citas profesionales, por ejemplo procedimientos especiales, se acomodan a la real condición de situación del paciente	X		X		X		
12	Es bien organizada	X		X		X		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): \_\_\_\_\_

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

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Mg. Pérez Trujillo Gilda Vanessa   DNI: 41365899

Especialidad del validador: Maestra en enfermería en gestión

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

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

14 de Mayo del 2022



Firma del Experto Informante.



## **ANEXO 6:** Consentimiento informado

**Institución:** Universidad César Vallejo

**Título del proyecto:** Seguridad del paciente hospitalizado y la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

**Investigadora:** Lic. Enf. Castillo Ramos Evelyn Leonor

La presente investigación tiene como objetivo determinar la influencia de la seguridad del paciente hospitalizado con la gestión del cuidado de enfermería en un hospital de Huaral, nivel II, 2022.

Por lo tanto, le pedimos su consentimiento para participar de la encuesta que consiste en la entrega de 2 instrumentos de estudio que son: seguridad del paciente y gestión del cuidado. La participación es voluntaria, al no estar de acuerdo puede negarse a participar.

Así mismo, los cuestionarios son de carácter académico, son anónimos y de encuesta personal por lo que se emplearan códigos para mantener la confidencialidad.

Agradecemos su participación.

**Huaral, mayo 2022**

---

Firma