



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

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

Autogestión hospitalaria y prevención de eventos adversos en  
pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito, 2021

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

**AUTORA:**

Morales Guijarro, Maria Paulina (ORCID: 0000-0002-5242-5305)

**ASESOR:**

Mgs. Moran Requena Hugo Samuel (ORCID: 0000-0002-7077-0911)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las prestaciones asistenciales y gestión del riesgo en salud

**LIMA – PERÚ**

**2021**

## **Dedicatoria**

Este logro lo dedico a mis hermosos hijos Nicolás y Bruno, quienes me inspiran cada día a ser una mejor persona y me alientan a seguir cosechando más éxitos, también a mis padres y hermanos quienes son un apoyo incondicional y mi fortaleza.

## Agradecimiento

Agradezco a Dios por las oportunidades que me ha brindado en esta vida, a mis hijos por la paciencia y a mi familia por el apoyo incondicional.

A la institución en donde laboro y a mis compañeros de trabajo por predisposición y ayuda para conseguir los resultados de esta tesis.

A mis amigas que me han animado a seguir adelante a pesar de las adversidades.

## Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas y figuras	v
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	17
3.1. Tipo y Diseño de Investigación	17
3.2. Variables y su operacionalización.	17
3.3. Población, muestra y muestreo.	20
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	20
3.5. Procedimientos	21
3.6. Método de análisis de datos	21
3.7. Aspectos Éticos	21
IV. RESULTADOS	24
V. DISCUSIÓN	29
VI. CONCLUSIONES	35
ANEXOS	44
REFERENCIAS	30

## Índice de tablas

Tabla 1 Distribución de frecuencias de la variable autogestión hospitalaria y dimensiones	24
Tabla 2 Distribución de frecuencias de la variable prevención de eventos adversos y dimensiones.	25
Tabla 3 <i>Correlaciones entre la autogestión hospitalaria y la prevención de eventos adversos</i>	26
Tabla 4 <i>Correlaciones entre el recurso humano y la prevención de eventos adversos.</i>	27
Tabla 5 <i>Correlaciones entre la clasificación del riesgo y la prevención de eventos adversos</i>	28

## Índice de figuras

Figura 1 <i>Representación gráfica de la variable autogestión hospitalaria y dimensiones</i> .....	50
Figura 2 <i>Representación gráfica de la variable prevención de eventos adversos y dimensiones</i> .....	51

## Resumen

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre la autogestión hospitalaria y la prevención de eventos adversos en pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito 2021. Esto motivó realizar esta investigación usando la metodología de enfoque cuantitativo con finalidad básica y alcance correlacional. Se consideró una población de 143 colaboradores de la salud. Para medir las variables Autogestión y Prevención de eventos adversos se utilizaron cuestionarios validados. Se observó que variable independiente autogestión tuvo una acogida del 37,1% lo que se considera regular, mientras que la variable dependiente prevención de eventos adversos con un 39,9% lo que determina que se debe implementar una mayor difusión de las escalas NEWS y Perroca. El estudio concluye no existe una relación entre la autogestión implementada durante la pandemia y la prevención de eventos adversos en pacientes hospitalizados. Además, que la contratación emergente de personal influyo negativamente en la prevención de eventos adversos. En el trabajo se tuvieron los resultados con un cálculo de correlación realizado con Rho Spearman.

Palabra clave: Autogestión, eventos adversos, escala, riesgos

## **Abstract**

The present research was conducted with the objective of determining the relationship between hospital self-management and the prevention of adverse events in patients with COVID-19 in a hospital in Quito 2021. This motivated to conduct this research using the quantitative approach methodology with basic purpose and correlational scope. A population of 143 health collaborators was considered. Validated questionnaires were used to measure the variables Self-management and Prevention of adverse events. It was observed that the independent variable self-management had an acceptance of 37.1%, which is considered regular, while the dependent variable prevention of adverse events had 39.9%, which determines that a greater dissemination of the NEWS and Perroca scales should be implemented. The study concludes that there is no relationship between self-management implemented during the pandemic and the prevention of adverse events in hospitalized patients. In addition, the emergent recruitment of personnel had a negative influence on the prevention of adverse events. The results were obtained with a Rho Spearman correlation calculation.

Keyword: Self-management, adverse events, scale, risks.



## I. INTRODUCCIÓN

La viabilidad de las administraciones de salud se identificó con el logro de buenos resultados en cuanto al estado de bienestar de los usuarios, donde se prestó mucha atención a la utilización de activos suficientes que crearon un resultado ideal en la asistencia. Dentro de la viabilidad de la autogestión, se consideró importante el análisis de expertos que construyeran los procedimientos de mejora de las perspectivas que el grupo determinó como necesidades. Para una correcta autogestión hospitalaria es indispensable que cada unidad cuente con los recursos necesarios e indispensable para solventar las situaciones que se presenten de acuerdo a la realidad en cuanto a la afluencia de pacientes y a brindar una atención de calidad. Una de las variables de la cual depende la autogestión hospitalaria es la clasificación del riesgo ya que la deficiente exploración del daño de la enfermedad y la mala respuesta al tratamiento está directamente relacionada con el aumento de la morbilidad y mortalidad hospitalaria. Todo el personal del establecimiento de salud participó en el método de contestación que detectó objetivamente algún dato de deterioro clínico de los pacientes y generó un código de emergencia y se previno de manera oportuna un evento adverso. (Elguea, Prado, & Barradas, 2019)

En el mes de diciembre de 2019 se descubrió un brote del virus SARS-CoV2 (Los coronavirus pertenecen a una familia extensa de virus que podrían causar enfermedades en animales y en humanos) en Wuhan (China), cuya propagación se convirtió en una pandemia. Hasta febrero de 2020 se registraron varios casos de esta enfermedad, según datos de la OMS se reportaron 46.997 casos de COVID-19 a nivel global, de los cuales el 99,04% fueron confirmados en China, de los cuales han muerto el 2,93%, por lo que se consideró como un percance sanitario a nivel global (Palacios, Santos, Velasquez, & León, 2020). En febrero del 2020 se halló el primer caso sospechoso de coronavirus en el Ecuador, que puso en alerta al Estado para que se tomen las medidas necesarias para evitar más contagios, sin embargo, los casos de pacientes sospechosos y confirmados de COVID-19 han ido en aumento. De los países de América Latina, Ecuador fue uno de los países más afectados por la pandemia de la COVID-19; el contagio comunitario hizo que las provincias con más

infectados sean Guayas, Pichincha, Manabí, Los Ríos, Azuay y El Oro. (Bajaña, 2020)

Las unidades médicas del Ecuador recibieron a pacientes con la COVID-19, siguiendo protocolos internacionales y lineamientos emitidos por el Ministerio de Salud Pública (MSP) para el manejo de este tipo de pacientes. La Provincia de Pichincha contó con varios establecimientos de salud como centros de salud y hospitales generales, sin embargo, el Hospital Centinela de Quito del IESS en febrero de 2020 fue designado por la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar como hospital de referencia para el manejo de pacientes sospechosos y positivos de COVID-19, por lo que presentó de marzo de 2020 a febrero de 2021 según sala situacional institucional 11.500 ingresos de pacientes, casos sospechosos 1.222, y positivos 5.025 con COVID-19, con un total de 10.221 y 969 fallecidos. Esta Casa de Salud implementó los lineamientos del MSP del Ecuador, adicional se realizaron cambios de flujos, circuitos y reorganización hospitalaria determinada por la afluencia de pacientes, el perfil epidemiológico y tipología de pacientes, lo que garantizó la certeza de los pacientes internos y externos. (Hospital General del Sur de Quito, 2021)

Según Navas y Bourdin (2016), la escala NEWS es un instrumento que tuvo mayor posibilidad de segregar pacientes con riesgo de paro cardíaco respiratorio, ingreso improvisado a la terapia intensiva y muerte. En la escala NEWS los signos vitales, ha discriminado el riesgo siempre y cuando vaya acompañada de un protocolo de respuesta que prevenga el deterioro clínico, por lo que se ha evaluado la periodicidad respiratoria, la congestión de oxígeno, la temperatura axilar, la presión arterial, la frecuencia cardíaca y el nivel de consciencia. Según Zarate et al (2017), los establecimientos de salud se encontraron saturados por pacientes que presentan inestabilidad en su estado de salud lo que conlleva a la predisposición de incidentes que aumenten las tasas de mortalidad. La OMS evaluó que anualmente millones de pacientes sufren eventos que conllevan a lesiones incapacitantes o a la muerte, como resultado de la atención insegura por parte del personal de salud, por lo que estableció estrategias para prevenir cumplir y con las prácticas clínicas seguras.

Los usuarios que se admisionan en el área de hospitalización, fueron aquellos que presentaron sintomatología respiratoria evidente y significativa,

como una saturación menor a 90%, por lo que fue necesario la administración de oxígeno; pero durante la estancia hospitalaria podrían presentarse complicaciones que conlleven a que el paciente necesite de una Unidad de Cuidados Intensivos o que por la falta de vigilancia, control y la aplicación de los protocolos de seguridad del paciente se susciten eventos adversos (cuasi eventos, eventos adversos o eventos centinelas), incrementando la tasa de morbilidad y mortalidad hospitalaria. ¿La efectividad de la autogestión permitió idear un giro institucional, con sólidas líneas de avance y estableció las necesidades para iniciar la reorganización y prevenir los eventos adversos con pacientes COVID-19? ¿Las intervenciones oportunas del personal de salud (profesionales médicos y de enfermería), permitió detectar de manera precoz el deterioro clínico de los pacientes, para priorizar los cuidados y solventó las necesidades físicas y fisiológicas que mejoren la condición de los mismos?

Existió información relevante sobre las condiciones clínicas de pacientes con la COVID-19 hospitalizados, como el diagnóstico identificado de neumonía, y las complicaciones que surgen por las comorbilidades, como enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares, lo que conllevó a un ingreso en la terapia intensiva. Hasta la actualidad no se ha evidenciado un tratamiento específico para el COVID-19, pero existen varias recomendaciones como la prevención y una monitorización continua. La implementación de una escala que permita guiar al personal de Salud en cuanto al tratamiento y cuidados en el área de hospitalización para pacientes con la COVID-19, evitó eventos que generen un deterioro de condición de salud y la necesidad de transferir a una UCI; esta herramienta o modelo de atención fue una guía para los establecimientos de salud que recibieron a pacientes confirmados con el virus SARS-CoV2.

El objetivo principal de la investigación fue evaluar la efectividad de la autogestión y la prevención de eventos adversos pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito, 2021, como objetivos específicos fue determinar si la contratación de recursos humanos influye en la prevención de eventos adversos en pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito 2021, e identificar si la clasificación del riesgo influye en la prevención de eventos adversos en pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito 2021. La hipótesis de esta

investigación se basa en que si la autogestión hospitalaria es efectiva se previno más eventos adversos en la atención a pacientes con la COVID-19.

## II. MARCO TEÓRICO

En la investigación de Reynaldos et al (2018) donde los hospitales chilenos públicos, tuvo como objetivo definir un tipo de herramienta que permita desarrollar un sistema de información que apoyó a una gestión hospitalaria que se relacionó con grupos de diagnósticos (GRD) en hospitales chilenos de salud pública. Este estudio contó con un método mixto por ser cualitativo, y a la vez descriptivo, a través de entrevistas focalizadas que presentaron un muestreo intencionado y teórico a cuatro expertos en GRD de este país, con un análisis de contenido; se fundamentó como una investigación cuantitativa, porque hizo uso del método Delphi a 18 gestores que se encargaron de la implementación de las unidades de GRD en Chile. La revisión de los datos cuantitativos se la realizó por conglomerados. Posterior de cinco iteraciones, se estudiaron 78 de un registro de 179, donde se determinó un nivel “alto”, de conocimientos del líder de los equipos, de la formación profesional especialmente enfermeras, quince valores y actitudes, diecisiete destrezas y habilidades, y doce competencias específicas que se relacionan al sistema de codificación. Estos profesionales exigieron un mayor grado de habilidad, con la observación del comportamiento, la baja prioridad y la discriminación. La propuesta que analizaron las razones que entorpecen la toma de resoluciones y antepone las capacidades requeridas; determinó el nivel y brecha requerida para cada capacidad, la elección entre oferta técnica y demanda, y finalmente se diseñó un sistema para evaluar el efecto del modelo en el progreso de las capacidades del equipo. La conclusión de este estudio se enmarca en que los profesionales requirieron el máximo de capacidades, también se observó una conducta con baja priorización y discriminación, por lo que se propuso analizar cuáles serían las causas que dificulten una correcta toma de decisiones y se pueden priorizar el nivel de competencias requeridas; y finalmente el diseño de un sistema de evaluación sobre el impacto del modelo de equipos que se encuentren en el desarrollo de sus competencias.

Flores y Barbarán (2021) en su estudio Gestión Hospitalaria: una mirada al desarrollo de sus procesos, tuvo como objetivo la revisión y evaluación de los procesos de gestión hospitalaria en diferentes escenarios, identificó los nudos

críticos, buenas prácticas de gestión y aciertos, que fueron útiles para una propuesta de mejora. Este estudio utilizó una metodología en referencia a una investigación exploratoria de artículos tomados de las bases de datos Proquest, Redalyc, Google académico y Scielo, utilizó las palabras claves de administración hospitalaria, gestión hospitalaria, indicadores y modelos de gestión hospitalaria, procesos de gestión y modelos de gestión con criterios de inclusión de procesos.

Figueredo, (España, 2017), en su estudio titulado "Análisis de la cultura de seguridad del paciente en la enfermería del Hospital de Mérida", sus métodos son estudios descriptivos, observacionales y transversales. La conclusión es que las enfermeras de HM tienen en general una actitud positiva hacia la cultura de seguridad y la ventaja encontrada es el trabajo en equipo dentro del departamento, lo cual es un aspecto calificado y muy positivo. (Figueredo, 2017)

Según Parra et al (2017) en su estudio sobre eventos adversos en un hospital de Bogotá, la seguridad del paciente es una necesidad en los servicios médicos; Las ocasiones y episodios hostiles son un ejemplo de consideración peligrosa en las organizaciones. La responsabilidad interdisciplinaria es prioritaria en el avance de prácticas seguras, evitación y descubrimiento de decepciones dinámicas y latentes en una clínica médica. Objetivo: decidir la recurrencia de ocasiones antagónicas mediante el relevamiento de las historias clínicas de una clínica de urgencia pediátrica terciaria en Bogotá, para avanzar en prácticas seguras. Abordaje: examen cuantitativo, transversal y atractivo, coordinado a pacientes ingresados en la quincena de mayo del 2013, sobre factores de riesgo, historial clínico, ocasiones hostiles e inconvenientes identificados con la atención médica. Resultados que presentó esta investigación está ligado a la caracterización de 169 casos en alguna ocasión, de los cuales cincuenta y nueve eventos adversos, cincuenta y siete episodios y cincuenta y tres eliminados por falsos positivos. Conversación: existe una prueba de deber con respecto a la prevención y el control de la contaminación por parte de expertos en bienestar, responsables de limitar el peligro del paciente débil y, lo más importante, de administrar y mantener adecuadamente los dispositivos clínicos intrusivos. Como conclusión del estudio se determinó que el 34,4% de las historias clínicas introdujeron algún tipo de ocasión o episodio desfavorable,

descubriendo que una parte de estos fueron provocados por la atención de la clínica médica. (Parra, López, Bejarano, Puerto, & Galeano, 2017)

Podemos hacer referencia al trabajo "Malos eventos hospitalarios, seguridad del paciente y estrategia de solución, Clínica Universitaria Lima, 2017", que tiene como objetivo determinar la relación entre las variables de estos dos sujetos. Se trata de un estudio observacional transversal, descriptivo. El primero la etapa se enfoca en la cuantificación de eventos adversos, y la segunda etapa es correlacionar el número de repeticiones de eventos adversos; la población está conformada por 12 egresados de enfermería que realizan actividades de servicio de trauma, y que actualmente utilizan cuestionarios verificados por juicio de expertos. Se mencionan los siguientes resultados: existe una correlación probada entre las variables estudiadas; se recomienda identificar los puntos clave y evaluar los registros de eventos adversos con el fin de analizarlos y distinguirlos. (Ubillus, 2017)

Perrotta et ál. (2016) En su artículo científico se realizó un estudio multicéntrico de validación de la Escala de Detección Temprana del Deterioro de Pacientes Hospitalizados, cuyo propósito fue verificar el aislamiento de la escala NEWS para los eventos adversos ocurridos durante la hospitalización. En este estudio se recogieron prospectivamente datos demográficos como sexo, edad, comorbilidades y nivel educativo. Estos datos son algunos parámetros de la escala NEWS, como frecuencia respiratoria, pulso, saturación de oxígeno en sangre, estado de conciencia, presión arterial y cuerpo de temperatura, que se registran en este formato, están destinados a ser cumplimentados por los profesionales sanitarios que laboran en el ámbito de la hospitalización de cada institución. Para que las muestras del departamento de salud tengan una serie de comorbilidades, pacientes hospitalizados con diferentes morbilidades y niveles socioeconómicos, se requiere la participación voluntaria de instituciones con diversas morbilidades en el área hospitalaria. El 1 de enero de 2015, los pacientes mayores de 18 años se agregaron continuamente a las instituciones participantes. La escala implementada se basa en establecer un valor sobre los signos vitales. Según las condiciones en las que se encuentran los signos vitales, cada rango puede tener valores que van desde cero (normal) a tres (valores de parámetros importantes percentil, mayor o menor), más la escala de conciencia,

para obtener una escala de la suma de cada valor y parámetro, cuyo valor se encuentra entre cero y trece. Un valor de cero significa que todos los parámetros son normales y no están incluidos en la escala. Desde el principio, los pacientes se clasifican según el valor determinado por la escala, y existe riesgo de deterioro, bajo (0 a 4), moderado (5 a 5). 6) Y alto (menos de 7). El estudio se realizó desde enero de 2015 hasta el 31 de agosto de 2015. Los sujetos fueron 1705 pacientes, con una mediana de edad de 62 años (rango 18 a 103), de los cuales el 51% eran mujeres. En la muestra de participantes, se produjeron 61 defunciones en el 3,5% de los eventos, mientras que se registraron 121 eventos graves en el 7% de los eventos. También cabe señalar que, si el paciente tiene un evento, su estudio finaliza. La evidencia actual indica que los pacientes que pueden empeorar durante la hospitalización deben detectarse lo antes posible, y debe darse una respuesta rápida, y es importante que el personal de salud tenga la competencia y las habilidades de respuesta clínica adecuadas.

En su tesis doctoral “Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermedad del Hospital Mérida”, el objetivo es analizar la cultura del paciente, un estudio descriptivo, observacional y transversal en el que los profesionales analizan los factores socioeconómicos de los pacientes. La conclusión más llamativa son los datos socioeconómicos de los participantes de nuestra investigación, lo que nos permite inferir que estos profesionales tienen una gran experiencia y estabilidad laboral porque conocen bien el entorno laboral. (González, 2017). Mala implementación de políticas y programas de seguridad del paciente es de extrema urgencia porque vemos que en general se están realizando análisis epidemiológicos sólidos de la morbilidad y mortalidad hospitalaria, encontrando que más del 60% se deben a eventos adversos ocurridos en pacientes que utilizan nuestro servicio. (Estrada, 2019)

Santos et al. (2018) analizaron la escala Perroca en la sala de cuidados paliativos en su estudio, con el objetivo de analizar el servicio de enfermería y su complejidad a través de la escala Perroca en la sala de cuidados paliativos. El estudio es descriptivo retrospectivamente, pero contiene un análisis cuantitativo. Entre 2008 y 2016 ingresaron 2486 pacientes en planta y la estancia hospitalaria fue de aproximadamente 12 días. De estos pacientes, 1.568 fueron evaluados



mediante la escala de Perroca y se clasificaron en cuidados básicos o moderados, representando el 58%, y la obtención de un índice alto representó el 66%. La proporción de unidades de cuidados semi-intensivos a unidades de cuidados intensivos fue del 42%, de los cuales el 64% falleció y solo el 36% fue dado de alta. La escala de Perroca es una herramienta que se utiliza para identificar a los pacientes que necesitan más cuidados y tienen un pronóstico para los pacientes hospitalizados.

En la investigación de Eraso et al (2017) titulado "Investigación sobre cómo medir la efectividad de la gestión en las instituciones de salud", el objetivo es analizar la efectividad midiendo las organizaciones proveedoras de servicios de salud. El método de esta investigación se basa en las referencias bibliográficas de los desarrollos más importantes publicados en buscadores o bases de datos (Dialnet, Scopus, Redalyc y Scielo) entre 2014 y 2017. La búsqueda de información bibliográfica extrajo muestras de más de 35 fuentes, por lo que a través de la síntesis y el análisis se combinó el análisis teórico con la abstracción, asegurando así el análisis dialéctico y sistemático de los materiales consultados. Para explicar mejor, se identifican dos partes: la validez del consentimiento de la organización de salud y la minería de la validez de la organización de salud. En un análisis más profundo de la efectividad del campo de la salud, debido a las características de los servicios que brinda, se considera un proceso complejo, por lo que es necesario adoptar un método integral para evaluar el estado físico, social y de salud, índice relacionado a la salud mental. La mayoría de las organizaciones de salud necesitan sistemas de planificación para trabajar con personas capacitadas y entusiastas para garantizar que los objetivos se logren en función de las expectativas y necesidades de los usuarios y otros grupos de interés.

Pomasqui y Tatés (2014) publicaron un trabajo (2013-2014) sobre los eventos adversos inevitables de los pacientes hospitalizados en los servicios del Hospital de Imbabura en San Vicente de Paul Ibarra, cuyo objetivo principal es describir los eventos adversos inevitables del paciente hospitalizado en el Hospital San Vicente de Paul. El presente estudio es un estudio de cohorte descriptivo, no experimental, observacional y prospectivo de pacientes que fueron hospitalizados entre el 2 y el 11 de diciembre de 2013, residentes en la

zona norte del país Hospital San Vicente de Paul en Valla. El estudio se realizó observando y registrando todos los eventos del paciente completados dentro de las 24 horas anteriores al ingreso para determinar qué eventos adversos están relacionados con los servicios médicos y qué factores están relacionados. Entre la población estudiada en el hospital, el 2,4% tuvo un índice de eventos adversos, que es menor que la incidencia en estudios realizados en otros países / regiones que utilizan métodos similares. Uno de los principales puntos encontrados en el estudio es la necesidad de seguir estudiando la efectividad y efectividad de las medidas preventivas, que son importantes para el impacto de los eventos adversos. Existen dos motivos relacionados con los eventos adversos inevitables, por lo que se determinó que el 85,5% de los eventos estaban relacionados con el tratamiento farmacológico durante la hospitalización de los pacientes estudiados y el 14,3% estaban relacionados con la cirugía. Este resultado permitió establecer las prioridades para garantizar la seguridad del paciente desde la gestión clínica. También se determinó que los eventos adversos que se presentaron no fueron de gravedad o tuvo repercusiones importantes en el estado de salud del paciente.

Según Campos y Carrillo en su estudio sobre el uso del reporte de errores médicos como estrategia para prevenir eventos adversos, mostraron que los errores médicos son claramente un evento frecuente en todo el mundo, con pocos reportes, registros y verificaciones. El sistema de salud está tomando medidas para controlarlo, reduciendo así el daño a los pacientes. Se trata de un estudio descriptivo y transversal, se revisaron 200 visitas a la página web, asumiendo que hubo reportes de errores médicos. Se identificaron 154 informes válidos, de los cuales solo 14 casos de información relacionada con errores médicos fueron identificados y clasificados por tres sistemas internacionales diferentes. Es necesario fortalecer la cultura de notificación de errores médicos, contar con un sistema confiable y establecer estrategias estadísticas de análisis y control. (Campos & Carrillo, 2018)

En la investigación de Morales et al. (2019) Eventos adversos en cuidados intensivos y servicios médicos internos, con el objetivo de describir la incidencia de eventos adversos en cuidados intensivos y servicios médicos internos. El estudio utilizó un método de observación cuantitativa y descriptiva para realizar

un estudio transversal de los pacientes que aún se encontraban hospitalizados en la UCI y Hospital General Gustavo Domínguez Zambrano de Santo Domingo de los Tachilas de junio a julio de 2018. Las muestras fueron recolectadas de Consiste en 125 pacientes. Se implementó una lista de verificación verificada por expertos que incluye la recopilación de datos clínicos, factores de riesgo y eventos adversos relacionados. Como resultado, de los 125 pacientes en estudio, la estancia hospitalaria fue superior a 7 días, y el 63% de ellos tuvo al menos un evento adverso. La incidencia de estos eventos en el campo de la medicina interna es aún mayor; es importante para destacar que, en el mismo servicio Entre ellos, la flebitis es el evento más reportado. La conclusión es que se ha determinado que la incidencia de eventos adversos es alta, por lo que se debe considerar la necesidad de revisar la atención médica brindada a los pacientes para brindar servicios de calidad y entusiastas.

Castro et al. (2020) estudiaron medidas de seguridad y oportunas que favorezcan la seguridad del paciente en el campo de la medicina interna en el hospital general provincial de segundo nivel Quito-Ecuador, con el objetivo de describir las bases de implementación y gestión de las medidas de seguridad del paciente. en el campo de la medicina interna en hospitales generales secundarios de varias ciudades. Este estudio utiliza un método cuantitativo para describirlo, por lo que se utiliza el método deductivo para recolectar información a través de tarjetas de observación y aplicarla a 50 profesionales de enfermería del servicio médico del hospital correspondiente. Como resultado, es posible describir la aplicación y gestión de las medidas de seguridad desde la perspectiva de la seguridad del paciente, y demostrar que el 50% del personal de enfermería cumple con la normativa de seguridad y enfermería, y el 50% de ellos también conoce los contenidos de la "Manual de seguridad del usuario del paciente MSP". La conclusión del estudio es que a través de este método de aplicación se pueden describir las acciones realizadas por el personal de enfermería, y se puede proponer la mejor dotación de personal que pueda cumplir con los estándares de calidad de enfermería, pues este tipo de servicio tiene gran capacidad para recibir pacientes en el hospital. En este caso, no es fácil trabajar con un número reducido de personal, lo que lleva al rechazo del papel del enfermero en las actividades diarias.

En el estudio de Mena et al. (2021), la caracterización de las características y los eventos adversos relacionados con la atención médica de los pacientes infectados con SARS-CoV-2, cuyo propósito es describir las características de los eventos adversos relacionados con la salud de los pacientes infectados con el SARS-CoV-2 que murieron en hospitales terciarios. Este estudio es una observación retrospectiva, que también incluyó a pacientes que fallecieron en el centro entre el 16 de marzo de 2020 y el 10 de abril de 2020, y la información se obtuvo de historias clínicas electrónicas. El resultado del estudio fue que participaron 164 pacientes con una mediana de edad de 77,5 años, y 9 de los 10 pacientes que fallecieron tenían al menos una comorbilidad. El 40,2% de los pacientes presentó eventos adversos relacionados con la atención médica y el 23,8% de los pacientes presentó alguna reacción adversa al fármaco, que fue la principal causa de que el fallecido padeciera EA. El 8,8% de los pacientes que fallecieron en la UCI se debieron a problemas relacionados con la ventilación mecánica. El estudio concluyó que la tasa de letalidad asociada a eventos adversos es muy baja, por lo que es necesario monitorear eventos adversos que puedan estar relacionados con la atención médica.

En cuanto al manejo clínico, los eventos adversos se originaron en el área hospitalaria, provocando que los profesionales de la salud no operaran de acuerdo con los procedimientos prescritos, el manejo clínico fue inadecuado y se aplicó a los pacientes equivocados. (Thomas, 2020)

Otro elemento importante de la gestión de la seguridad es la atención primaria de salud, que se considera la principal asistencia que brinda accesibilidad a todos los usuarios, pacientes y familias de la comunidad, implementada a través de características aceptables, participación plena y costos asequibles. Se caracteriza por ser el núcleo del sistema de salud pública y parte del desarrollo social y económico de la comunidad. (APA PsycNet, 2020)

Según las variables de investigación y las dimensiones de las variables, el trabajo de investigación se basa en métodos, teorías y marcos conceptuales. Por tratarse de un estudio cuantitativo, Supo y Caverio (2014) mencionaron el método positivista porque utiliza un método deductivo hipotético como descripción del método científico. Tradicionalmente, se originó en los pensamientos de Roger Bacon Roger Bacon creía que la ciencia partía de la

observación de hechos, y en esta observación repetida de fenómenos comparables, a través de la inducción La ley extrae las leyes generales que gobiernan estos fenómenos. En las ciencias sociales, este método se aplica a partir de los consejos de Augusto Comte, por eso se le llama positivismo. Posteriormente, Karl Popper rechazó la posibilidad de formular leyes generales a partir de la inducción y creyó que, de hecho, estas leyes generales eran hipótesis propuestas por científicos, y la inducción se basaba en estas hipótesis generales. La inducción y la interpolación se utilizan para predecir fenómenos específicos. El núcleo de este concepto de método científico es falsificar teorías científicas (es decir, puede demostrarse que está equivocado mediante experimentos). En los métodos deductivos hipotéticos, las teorías científicas nunca se considerarán correctas, pero en el mejor de los casos "no serán refutadas". Este método científico sigue unos pasos básicos: por ejemplo, observa el fenómeno a estudiar, y para ello propone hipótesis como explicación del objeto de la encuesta, por lo que las conclusiones o proposiciones extraídas en la inferencia son más básicas que las del encuestados. Haga su propia hipótesis y verifique la precisión de la declaración de inferencia o compárela con la experiencia real. Además, este método obliga a los investigadores a combinar la reflexión racional o momentos racionales con observaciones de la realidad o momentos empíricos (observación y verificación), porque a través de la clasificación sistemática de los datos obtenidos a través de las observaciones, y a través de la experiencia de las variables operativas Hechos, se puede probar las hipótesis propuestas, sacar conclusiones y especificar la relación entre las variables.

La teoría de la contingencia se basa en ideas nacidas en la década de 1960. Considera que situaciones diferentes requieren prácticas diferentes, y reconoce que los métodos anteriores pueden usarse solos o en combinación para hacer frente a situaciones diferentes. La clave para la gestión de emergencias es determinar el entorno y las variables ambientales que necesitan ajustar la estructura y las prácticas de gestión, y tomar decisiones en función de su adaptabilidad al medio (Félix, 2014). Epistemológicamente, se basa en La parte ontológica de la gestión centrada en las personas se puede utilizar como

referencia para fortalecer el humanismo en las organizaciones. Desde esta perspectiva, el humanismo se relaciona con la realización de los ideales humanos, especialmente aquellos ideales que comparten necesidades y características humanas comunes. La razón para establecer una organización bajo este modo de gestión debería ser el desarrollo humano como consideración primordial. La gestión humanizada pone a la humanidad por encima de cualquier otro tipo de ideales. La gestión orientada a las personas se basa en la búsqueda de la integridad, la libertad y la dignidad humana, esforzándose por realizar los ideales de las personas y satisfacer las necesidades y la motivación de las personas. El punto de partida de la gestión humanizada es que las personas son la raíz de cualquier actividad humana, incluyendo cualquier tipo de organización y la organización y funcionamiento de cualquier departamento. Partiendo de la lógica de la gestión orientada al ser humano, todas las organizaciones, independientemente de su ámbito de acción o influencia, deben en principio buscar mejorar las capacidades de su personal (Arandia & Portales, 2015).

En cuanto al proceso de gestión de la seguridad del paciente, Hickner lo define como “productos que involucran la actitud, la calidad, el conocimiento, las habilidades y los patrones de comportamiento individual y grupal. Estos productos a menudo determinan parte de las responsabilidades de la organización y la forma en que la seguridad y la salud se gestionan. (Hickner, 2018)

RAE (Real Academia Española) señala que la característica de la autogestión o autogestión es "un marco conjunto de una organización, según el cual los trabajadores están interesados en todas las opciones". Debido a la asociación llamada clínica de emergencia, esta definición incluye componentes que requieren turismo o ciclismo. No hay duda de que el marco jerárquico en el campo del bienestar solo está relacionado con cambios en el marco del departamento administrativo, la configuración del departamento financiero o administrativo, pero pocas personas han fusionado sus preocupaciones. El núcleo del cambio jerárquico es el individuo que promueve el cambio de forma factible: los recursos humanos. Para el grupo de trabajo asistencial, debe haber un desarrollo paulatino de la metodología, de manera que puedan recordar

gradualmente el proceso de implementación detallado y les permitan tomar acciones para lograr las metas establecidas (Alarcón, 2019).

Desde finales de la década de 1990, se ha prestado más atención a la seguridad del paciente. El objetivo del campo de la salud es construir un sistema de salud más seguro. Desde 2001, ha comenzado a documentar los problemas de seguridad del paciente y a recomendar una mejor atención para reducir errores. Sin embargo, estos informes y otros estudios de seguridad del paciente pueden subestimar el alcance de los errores médicos y los daños prevenibles. (Farmer, 2016).

La gestión de riesgos responde a un enfoque estructurado a través de diferentes actividades que realiza el personal. El método identifica incertidumbres e identifica amenazas, y luego las mejoras incluyen el establecimiento de diferentes estrategias para buscar la mitigación de riesgos. Para ello, es necesario gestionar los recursos de uno mismo Sí; como un equipo multidisciplinario compuesto por expertos, proyectos y recursos, y planes de seguimiento de riesgos. (Di Marco, 2017)

La gestión de riesgos en el sector sanitario puede ser más importante que cualquier otra industria. A diferencia de la industria, buscan prevenir y mitigar las pérdidas financieras. En salud, esto significa la diferencia entre la vida y la muerte. (Moskowitz, 2020).

Por tanto, la gestión de riesgos en la asistencia sanitaria se centra en el importante papel de la seguridad del paciente y en la reducción de errores médicos que ponen en peligro las capacidades organizativas. Sin embargo, a medida que el papel de la tecnología de la salud se vuelve cada vez más importante, el rápido desarrollo de la ciencia médica y el entorno regulatorio, legal, de políticas y de reembolso en constante cambio para la gestión de riesgos para la salud se han vuelto más complejos con el tiempo (Orszag, 2018).

Teoría De Reason mencionó que en una estructura es necesario captar cada situación hostil vivida antes a través de una serie de ocasiones, que se suman para formar una reacción en cadena, cerrando así el daño al paciente. En cualquier caso, si alguien finalmente encuentra una manera de detenerlo, entonces esto puede ser un hecho o simplemente una situación peligrosa. Un gran número de arreglos erróneos puede llevar a una serie de decepciones, pero

esto es insignificante a corto plazo, pero cuando se recopilan estos errores, pueden conducir a resultados desfavorables. Los obstáculos o las herramientas de bloqueo se bloquearán para evitar daños. En el modelo "causa", hay un defecto en los cortes de queso cheddar, en este caso puede ser una vacante. Estas aperturas se alinean en momentos opuestos. La forma en que maneja el modelo del queso suizo depende de las opiniones o elecciones identificables en la asociación que pueden interrumpir la transacción en situaciones hostiles, y cómo puede beneficiarse de ello, fortaleciendo las salvaguardias de alguna manera seguir mejorando (Cornejo, 2014).

No dañar es el principio fundamental del Código Hipocrático y es una extensión de todas las acciones relacionadas con el mundo saludable. La seguridad del paciente, también conocida como seguridad clínica, es un componente intersectorial importante de la calidad médica. Los eventos analizados en el campo de la seguridad del paciente se denominan reacciones adversas. Se definen como "cualquier accidente o evento relacionado con la enfermería o que cause daño o posible daño al paciente. Los métodos para hacer frente a los eventos adversos se originan en cambios científicos, tecnológicos, sociales y políticos relacionados con la medicina. Hospitales y clínicas ambulatorias, salud humana intervenciones Las medidas involucran los riesgos causados por la compleja combinación de procesos, tecnologías y personal. Aunque son acciones beneficiosas, también incluyen muchas desventajas. La posibilidad de medidas de seguridad favorece la aparición de eventos adversos. Estos incidentes ocurrieron debido a la infraestructura deficiente, el equipo deficiente, la mala calidad y el suministro de medicamentos, las deficiencias en la eliminación de desechos y el control de infecciones y el mal desempeño de los empleados. Debido a la falta de motivación, conocimiento insuficiente o número insuficiente de personas, y recursos muy insuficientes para cubrir los costos operativos básicos. (Llanes, 2011).



### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y Diseño de Investigación**

##### **3.1.1. Tipo de investigación**

Esta investigación es un trabajo de investigación básica porque forma parte del marco teórico y permite el desarrollo de conocimientos científicos o filosóficos, pero no verifica la situación real. Este también es un método cuantitativo de investigación, porque utiliza deducción hipotética para describir el marco científico. (Supo & Caverro, 2014)

##### **3.1.2. Diseño de la investigación**

La investigación se basa en investigaciones no experimentales, porque los expertos solo se enfocan en la observación de eventos sin intervención, y no hay manipulación de variables. Este es un estudio transversal porque aborda tiempos y momentos definidos (Supo & Caverro, 2014). Es un nivel descriptivo porque especifica las características, perfiles y atributos de una persona, objeto o cualquier objeto a analizar; también tiene un alcance asociado porque asocia o asocia dos o más variables en el contexto, concepto o categoría. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

#### **3.2. Variables y su operacionalización.**

##### **3.2.1. Variables**

Una variable es un atributo o característica de la realidad que cambia entre grupos o individuos, debe asumir que el valor cambia de una unidad observada a otra. La variable dependiente es susceptible a cambios provocados por la variable independiente debido a su funcionamiento. Las variables independientes son las características que conducen al fenómeno en estudio (Monje, 2011). Según la investigación de Reguant & Martínez (2014), la operabilidad de las variables determina las dimensiones e indicadores de los indicadores o elementos que forman parte de los resultados de la observación. (ANEXO 1).

### 3.2.1.1. *Variable Independiente: Autogestión*

La autogestión en la implementación significa la dependencia de un hospital en cuanto a cartera de servicios (servicios médicos definidos por la red pública), así como una mayor dispersión e independencia en materia de gestión, todos ellos centrados en la atención médica integral Salud de un modelo de cuidado. (Artaza , 2008)

#### **Dimensiones de la variable:**

##### **Dimensión 1: Recursos Humanos**

Los recursos humanos en el sector de la salud forman parte esencial en la producción de servicios de salud; contribuyen a la ejecución de políticas de salud efectivas y a la organización de sistemas de salud y a la prestación de servicios adecuados. (García, Díaz, Ávila, y Cuzco, 2015)

##### **Dimensión 2: Recursos Materiales**

El impacto de la crisis en los servicios de salud presenta desafíos que existen en un país con un sistema de salud universal y gratuito, una población acostumbrada a hacer pleno uso de los servicios, incluidos aquellos con tecnología avanzada, y una realidad accesible ampliamente utilizada para el crédito, las externalidades son difíciles de resolver, y los mercados de medicamentos, consumibles y dispositivos médicos se ven obstaculizados por los efectos del bloqueo, lo que los hace más caros y más limitados (Suárez, 1997)

##### **Dimensión 3: Gestión Hospitalaria**

Se define los productos para el cuidado de la salud como "actividades o procesos realizados por profesionales o instituciones de salud. Son productos diseñados para satisfacer las necesidades de cuidado y atención de clientes especiales, pacientes". El autor considera que no solo los servicios de salud están relacionados con la salud, sino también la dieta, la educación y el ocio también pueden contribuir a

mejorar la salud. Por ello, los productos sanitarios deben expresarse claramente en procedimientos, diagnóstico, tratamiento, prevención, preocupación y atención especializada. Por tanto, el producto final requiere una correcta atención médica, ya sea preventiva, curativa o rehabilitadora para el paciente y la población. (Lamata, Conde, Martinez, y Horno, 1994)

### **3.2.1.2. Variable Dependiente: Prevención de Eventos Adversos**

La prevención de los eventos adversos se enfoca en evitar o disminuir el daño causado por la atención en salud y no por la patología de base. (Llanes, 2011)

#### **Dimensiones de la variable:**

##### **Dimensión 1: Clasificación del Riesgo**

Cuando una institución presta especial atención a esta disciplina, analiza sus riesgos como un problema fundamental antes de considerar su programa de seguros necesario. El análisis, clasificación y cuantificación de riesgos posteriormente lleva a la institución a decisiones racionales, incluyendo su posible eliminación, reducción mediante técnicas de prevención y protección. (Aventín, 2006)

##### **Dimensión 2: Educación en Seguridad del Paciente**

Cuando se trata de educación sobre la seguridad del paciente, significa que se evita o se reducen los accidentes, lesiones o complicaciones evitables que surjan de recibir atención médica. Las cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente varían mucho. Hablamos de infecciones hospitalarias, errores de medicación, úlceras por presión, caídas, reingresos, cirugía en el lugar equivocado, radiografías de gestantes, cuerpos extraños tras la intervención, diagnóstico tardío o incorrecto, errores de identificación, sobretatamiento, hospitalización insuficiente o prolongada, muerte accidental. Los resultados del estudio reflejan la gravedad del problema y destacan la necesidad de identificar y desarrollar estrategias para

mejorar la seguridad del paciente en el entorno social y médico. (González, Garmendia y Moreno, 2019)

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

#### **3.3.1. Población**

Según Gallardo (2017), el conjunto de esta investigación se basa en un conjunto de elementos con características similares, y para estos elementos se determinarán conclusiones de investigación. Por lo tanto, se consideran 226 personas, entre médicos generales y especialistas, profesionales de enfermería, auxiliares de enfermería y auxiliares de servicio de camillas de seis agencias de atención hospitalaria COVID-19.

#### **3.3.2. Muestra y muestreo**

El muestreo utilizado para este estudio es probabilístico porque conoce la probabilidad de que cada elemento integre la muestra. Esto es simple y aleatorio, porque cada miembro de la población tiene la posibilidad de ser seleccionado y las características de la muestra deben ser similares a las características de la población. Y es estratificado, porque la población está dividida en subconjuntos, y sus elementos son proporcionales a sus proporciones representativas en la población, y tienen características similares. (Gallardo, 2017). (ANEXO 3)

La muestra es de 143 profesionales de la salud, a los cuales se aplicará el instrumento cuestionario.

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

La técnica que se utilizará para la recolección de datos en esta investigación es la encuesta, en la cual se evaluará a cada miembro de la población, y el objetivo es obtener información de interés de una parte de la población. El cuestionario es una herramienta con una lista escrita de preguntas, donde los profesionales de salud responderán de forma anónima. (Gallardo, 2017)

Este instrumento será validado por juicio de expertos.

### **3.5. Procedimientos**

Para la recolección de datos de este estudio, se aplicará la técnica encuesta y como herramienta el cuestionario, a médicos generales y especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería y camilleros que forman parte de las áreas de hospitalización COVID-19, del Hospital General del Sur de Quito. Se aplicarán dos herramientas de acuerdo a las variables de investigación a través de la escala Likert. Según la investigación de Fabila et al. (2013), esta es una herramienta utilizada como método de interrogación que se puede utilizar para recolectar datos relacionados con humanos o ciencias sociales donde el objetivo de la investigación son las personas que brindan información o divulgan su testimonio de acuerdo con sus propios estándares.

La encuesta será enviada por los medios de comunicación de WhatsApp a través de un enlace de Google Drive, que ayudará a la lista de información y permitirá el análisis de variables y la comparación de sus relaciones para probar la hipótesis original.

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

El método de análisis de datos será a través del software estadístico SPSS, herramienta que permite adecuar las variables de acuerdo a la necesidad del investigador y facilitará el análisis de cada dimensión e indicador.

### **3.7. Aspectos Éticos**

Ferro et al. (2009) mencionaron que la bioética se basa en hechos, principios y reglas específicos, como se describió anteriormente; estos principios guían a los profesionales de la salud a adoptar métodos específicos de resolución de problemas. También pueden realizar funciones defensivas. Son las pautas generales necesarias y suficientes para resolver dilemas morales. Se componen de reglas que priorizan argumentos y permiten la resolución de diversas situaciones.

Los principios y reglas se consideran superficialmente vinculantes más que absolutos. Las situaciones de conflicto pueden resolverse de acuerdo con principios generalmente aplicables en una determinada condición de salud. En base a esto, y a través de la revisión bibliográfica y el análisis de seguimiento, creemos que los principios de esta asignatura están relacionados con la práctica odontológica. La conclusión no es corta, expresa el sentido profundo de la reflexión que nos trae este trabajo. Los principios básicos de la bioética generalmente aceptados son:

La beneficencia, La caridad se refiere a la obligación de prevenir o reducir el daño, brindar beneficios o dar beneficios, ayudar a otros a ir más allá de los intereses privados, es decir, brindar al paciente el mayor beneficio posible, y el enfermo debe buscar la salud-existencia. Todos los elementos contenidos en este principio son aquellos que sugieren conductas beneficiosas, que ayudan o promueven la bondad, previenen o resisten el mal o la destrucción; además, todas las conductas implícitas o inexistentes que puedan causar daño o perjuicio. La buena fe plantea el principio básico de la bioética, es decir, la benevolencia, que se refiere a la obligación de prevenir o mitigar el daño, de brindar beneficios distintos a los personales o de otorgar beneficios, e incluye también la obligación de ayudar a las personas. Debemos hacer nuestro mejor esfuerzo. Debería proporcionar el mayor beneficio a pacientes y pacientes. Todos los elementos contenidos en este principio son comportamientos que involucran comportamientos beneficiosos, ayudan o promueven el bien, previenen o resisten el mal o la destrucción; además, todos involucran o no tienen comportamientos que puedan causar daño o perjuicio.

El principio de la no maleficencia Se considera el producto más antiguo del período hipocrático, lo que significa que no causa daño a los pacientes, lo que es contrario al principio de caridad, que puede traer beneficios a los pacientes. La ética que se deriva de este principio es no matar, no causar sufrimiento, no causar sufrimiento, no discriminar y no privar del placer. Por tanto, es necesario realizar análisis de riesgo o beneficio para tomar decisiones, especialmente en el ámbito médico, y evitar eventos que retrasen el proceso de muerte. Seguir este principio puede promover el respeto por la integridad física y mental de la vida humana.

El principio de autonomía, se centra en la autodeterminación de todos que es beneficiosa para su propio bienestar mediante el uso de elecciones racionales, y todos se preocupan por sus propios intereses, creencias y deseos. Reafirmar que

la autonomía tiene un valor fundamental porque promueve la autorrealización y las mejores condiciones para una vida digna. Este principio ha producido normas éticas que no privan a las personas de su libertad, y aplican la norma del consentimiento informado en la práctica clínica en diferentes campos de la salud, lo que nos hace creer que estamos obligados a aplicar el consentimiento informado en la toma de decisiones en el campo de la salud. y establecer la relación entre profesionales y pacientes. Este último puede decidir sobre su propio tratamiento y rehabilitación.

El principio de justicia, representa los elementos básicos de la sociedad, porque cuando la existencia del socialismo no obstaculiza el orden socialista, infiere lo justo. Siempre que exista la obligación de brindar servicios apropiados, asignar recursos y brindar atención de calidad, el principio está éticamente relacionado con brindar a todas las normas requeridas. La justicia está relacionada con la equidad, porque la justicia puede hacer un uso racional de los recursos, y estos recursos también pueden asignarse de acuerdo con las necesidades especificadas en los estándares de eficacia y eficiencia.

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Análisis descriptivo

Para el análisis descriptivo se analizaron los resultados obtenidos de las dos variables investigadas y de sus dimensiones. Los datos se obtuvieron a través de encuestas y se procesaron en el programa estadístico SPSS versión 25. Por consiguiente, se detallan a continuación los resultados estadísticos de este estudio:

**Tabla 1**

*Distribución de frecuencias de la variable autogestión hospitalaria y dimensiones*

Variable autogestión hospitalaria								
Nivel	V1: Autogestión hospitalaria		D1: Recursos humanos		D2: Recursos materiales		D3. Gestión hospitalaria	
	f	%	f	%	f	%	f	%
<b>Malo</b>	49	34,3	67	46,9	50	35	61	42,7
<b>Regular</b>	53	37,1	28	19,6	53	37,1	22	15,4
<b>Bueno</b>	41	28,7	48	33,6	40	28	60	42
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

*Fuente: Elaboración propia en SPSS25.*

En la Tabla 1 se observa que de la variable independiente autogestión hospitalaria fue percibida por el personal de salud encuestado con el 37,1% en un nivel Regular, esta variable también fue evaluada a través de tres dimensiones. La dimensión 1 recursos humanos fue percibida con el 46,9% en un nivel malo, la dimensión 2 recursos materiales fue percibida con el 37,1% en un nivel regular y la dimensión 3 gestión hospitalaria fue percibida con el 42,7% en un nivel malo; es decir que el principal grupo de profesionales que laboran en la institución considera que la autogestión hospitalaria fue regular durante los meses de emergencia sanitaria por la COVID-19 que hubo contratación de personal, abastecimiento de



dispositivos médicos y de medicamentos, al igual que los cambios de flujos y los planes de reorganización hospitalaria.

**Tabla 2**

*Distribución de frecuencias de la variable prevención de eventos adversos y dimensiones.*

Nivel	V1: Prevención de eventos adversos		D1: Clasificación del riesgo		D2: Educación en seguridad del paciente	
	f	%	f	%	f	%
<b>Bajo</b>	57	39,9	74	51,7	51	35,7
<b>Medio</b>	47	32,9	26	18,2	51	35,7
<b>Alto</b>	39	27,3	43	30,1	41	28,7
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>100</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>	<b>143</b>	<b>100.0</b>

*Fuente: Elaboración propia en SPSS25*

En la Tabla 2 se observa que de la variable dependiente prevención de eventos adversos fue percibida por el personal de salud encuestado con el 39,9% en un nivel bajo, esta variable también fue evaluada a través de dos dimensiones. La dimensión 1 clasificación del riesgo fue percibida con el 51,7% en un nivel bajo, la dimensión 2 educación en seguridad del paciente fue percibida con el 35,7% en un nivel regular; es decir que el principal grupo de profesionales que laboran en la institución considera que la prevención de eventos adversos fue bajo en cuanto a la implementación de las escalas NEWS y Perroca, herramientas que permiten clasificar el riesgo de complicaciones de los pacientes con la COVID-19, adicional las capacitaciones y evaluaciones de educación en seguridad del paciente no favorecen a disminuir la prevención de eventos adversos.

#### **4.2. Análisis inferencial**

El análisis inferencial se basa en la comprobación de las hipótesis a través de la contrastación de las variables, en donde se puede determinar si existe

una relación significativa entre las mismas. El nivel de significancia considerado es del 5% y p valor < 0.05, por lo que se rechazaría la H<sub>0</sub>.

#### 4.2.1. Hipótesis general

**Tabla 3**

*Correlaciones entre la autogestión hospitalaria y la prevención de eventos adversos*

			Autogestión hospitalaria	Prevención de eventos adversos
Rho de Spearman	Autogestión hospitalaria	Coefficiente de correlación	1,000	,010
		Sig. (bilateral)	.	,907
		N	143	143
	Prevención de eventos adversos	Coefficiente de correlación	,010	1,000
		Sig. (bilateral)	,907	.
		N	143	143

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

*Fuente: Elaboración propia en SPSS25*

Según los resultados de la tabla 3, obtenidos del estadístico de coeficiente de correlación Rho de Spearman, la variable autogestión hospitalaria y la variable prevención de eventos adversos está determinada por una significancia bilateral de 0,907, lo que hace referencia a que la correlación es positiva muy fuerte, también se visualiza que el valor del coeficiente de correlación es de 0,010, este valor al ser mayor que el nivel de significancia (p valor es > 0,05) se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, por ende, no existe una relación significativa entre estas dos variables.

#### 4.2.2. Hipótesis específica 1

**Tabla 4**

*Correlaciones entre el recurso humano y la prevención de eventos adversos.*

			Recursos humanos	Prevención de eventos adversos
Rho de Spearman	Recursos humanos	Coeficiente de correlación	1,000	-,017
		Sig. (bilateral)	.	,841
		N	143	143
	Prevención de eventos adversos	Coeficiente de correlación	-,017	1,000
		Sig. (bilateral)	,841	.
		N	143	143

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

*Fuente:* Elaboración propia en SPSS25.

Según los resultados de la tabla 4, obtenidos del estadístico de coeficiente de correlación Rho de Spearman, la dimensión recursos humanos y la variable prevención de eventos adversos está determinado por una significancia bilateral de 0,841, lo que hace referencia a que la correlación es positiva considerable; se visualiza que el valor del coeficiente de correlación es de 0,017, este valor al ser mayor que el nivel de significancia (p valor es > 0,05) se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, por ende, no existe una relación significativa entre la dimensión recursos humanos y la variable prevención de eventos adversos.

### 4.2.3. Hipótesis específica 2

**Tabla 5**

*Correlaciones entre la clasificación del riesgo y la prevención de eventos adversos*

			Clasificación del riesgo	Prevención de eventos adversos
Rho de Spearman	Clasificación del riesgo	Coeficiente de correlación	1,000	,833**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	143	143
	Prevención de eventos adversos	Coeficiente de correlación	,833**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	143	143

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

Fuente: Elaboración propia en SPSS25.

Según los resultados de la tabla 5, obtenidos del estadístico de coeficiente de correlación Rho de Spearman, la dimensión clasificación del riesgo y la variable prevención de eventos adversos está determinado por una significancia bilateral de 0,833, lo que hace referencia a que la correlación es positiva considerable; se visualiza que el valor del coeficiente de correlación es de 0,000, este valor al ser menor que el nivel de significancia (p valor es <0,05) se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, por ende, existe una relación significativa entre la dimensión clasificación del riesgo y la variable prevención de eventos adversos.

## V. DISCUSIÓN

En febrero de 2020 el Ecuador se declara en emergencia sanitaria por reportarse casos positivos de personas con el virus SARS-CoV2, originado en Asia y que se expandió a nivel mundial, convirtiéndose en una pandemia. Como estrategia por parte del Ministerio de Salud Pública, se asignan establecimientos de salud para la atención de este tipo de pacientes, por lo que en el sur de Quito fue delegado como hospital centinela a una de las unidades más grandes de dicha ciudad, en donde se realizó este estudio y se evaluó la efectividad de la autogestión hospitalaria y la prevención de eventos adversos en pacientes con la COVID-19. Durante los meses posteriores hasta finalizar el año 2020 se realizaron varios cambios a nivel estructural y de procesos para adaptarse a la realidad en cuanto a la afluencia de pacientes y epidemiológicamente evitar un colapso institucional, por lo que los profesionales de salud debieron adaptarse a los flujos y reorganización hospitalaria viviendo un constante estrés, no solo por someterse a un aumento de la carga laboral sino también por la incertidumbre en cuanto a convivir con un enemigo invisible.

Según los antecedentes descritos en esta investigación se puede hacer referencia al estudio realizado por Reynaldos et ál. (2018) sobre las competencias profesionales de la salud y la gestión clínica de hospitales públicos en Chile, los resultados del estudio mencionan que los cuestionarios aplicados al personal de salud permitieron identificar las competencias necesarias y la implementación de equipos de trabajo que generen una adecuada atención y que apoye a la gestión orientada a mejorar la calidad, la productividad y eficiencia en el accionar clínico. En comparación con esta investigación, la autogestión hospitalaria fue percibida por el personal de salud encuestado como una gestión regular en cuanto al manejo de los recursos humanos, materiales y procesos propios de atención, lo que no fue suficiente para mejorar la calidad de la atención hacia los pacientes con la COVID-19 en plena emergencia sanitaria.

En la investigación realizada por Flores y Barbarán (2021), menciona la gestión hospitalaria como una mirada al desarrollo en los procesos evaluando la satisfacción de los usuarios internos y externos, la calidad de atención a través

de la gestión por resultados, lo que incluye un modelo de gestión hospitalaria con el uso adecuado de recursos y tecnologías que permitan el bienestar de las personas. La investigación realizada en el hospital centinela de la ciudad de Quito, denota que la muestra del personal de salud encuestado considera que la gestión hospitalaria durante la pandemia no está enmarcada en los modelos de gestión por procesos o resultados, sin embargo, la contratación de personal de salud, el abastecimiento oportuno de dispositivos médicos y los giros de cama evitaron el descontrol por la afluencia de pacientes, lo que permitió brindar atención oportuna a la población con la COVID-19.

Según la investigación que realizó Parra et ál. (2017) sobre los eventos adversos en un hospital de Bogotá, relacionando a la seguridad del paciente como una necesidad en los servicios de salud, hace referencia a que debe existir un mejoramiento continuo en la atención a los usuarios lo que permite identificar los factores de riesgo que conllevan o predisponen a un evento adverso y menciona que se deben implementar estrategias que cubran las necesidades de cuidado que además integren al equipo multidisciplinario de salud. Adicional menciona que las capacitaciones de seguridad del paciente forman parte de acciones de mejora que conlleva a la notificación de eventos adversos y a la prevención de los mismos. En este estudio se evidenció que el personal de salud encuestado hace percibe que la implementación de escalas que miden el riesgo de complicaciones ayudó de manera regular a evitar sucesos o eventos relacionados a la seguridad de los pacientes, evitando complicaciones que conlleven a un aumento de la morbilidad y la mortalidad hospitalaria, sin embargo, en los resultados se evidencia que las capacitaciones y las evaluaciones en seguridad del paciente no son suficientes para eliminar o disminuir eventos adversos.

Según el estudio de Mena et al. (2021), sobre las características y los eventos adversos que se relacionan con la atención de salud a los pacientes infectados por el virus SARS-CoV-2, en su discusión menciona que existe una prevalencia de eventos adversos del 40,2%, siendo un dato elevado en la atención a pacientes, sin embargo esta cifra hace referencia a estudios realizados antes de la pandemia, a la actualidad con este nuevo fenómeno las

cifran se encuentran en aumento, ya que, existe una mayor carga asistencial, además el estudio fue evaluado por una comisión de mortalidad conformado por un grupo multidisciplinario de expertos que analizaron desde varios puntos de vista concluyendo que existió un número relevante de fallecidos por la COVID-19, sugiriendo que se deben proponer métodos o herramientas que permitan una estrecha vigilancia que prevengan eventos adversos. En concordancia con este estudio se puede hacer referencia a que durante los meses crítico de la emergencia sanitaria la institución en donde se realizó la investigación implementó dos herramientas que permitieron detectar de manera oportuna el deterioro de la condición de los pacientes, evitando complicaciones y, por ende, eventos adversos que conlleven a la incapacidad o a la muerte. El personal de salud considera que las escalas de riesgos permiten mantener alerta en cuanto al cuidado y al tratamiento adecuado que favorezca el restablecimiento de la salud de los usuarios.

Según el estudio de Perrotta et ál. (2016) donde se realizó la validación de la escala de detección temprana del deterioro de pacientes hospitalizados, con la finalidad de verificar si la escala NEWS previene los eventos adversos ocurridos durante la estancia hospitalaria, en la discusión hace mención a que esta herramienta permite monitorear el bajo riesgo o el alto riesgo a que un paciente se complique, por ende, aumente o disminuya la estancia hospitalaria y el índice de mortalidad, lo que permite realizar una mayor ejecución en cuanto al cuidado y a la prevención de los riesgos inminentes relacionados a la patología y a las comorbilidades de los pacientes. Adicional comprueban que esta estrategia reduce el riesgo de muerte y complicaciones severas. En esta investigación evaluada a través de diferentes dimensiones, entre ellas está la clasificación del riesgo a través de la implementación de la escala NEWS como herramienta que previene complicaciones y eventos adversos en pacientes hospitalizados, el personal de salud percibe que esta estrategia fue útil para clasificar a los pacientes de acuerdo a la condición en leves, moderados o graves, permitiendo modificar estructuralmente al establecimiento de salud y acomodar a los pacientes de acuerdo al riesgo que presentaban evidenciado en los resultados que emitía la escala, de esta manera se evitaron eventos adversos y la estancia hospitalaria ya que los pacientes con condición leve podía ser

egresados y continuar recibiendo pacientes en la emergencia para que sean hospitalizados de acuerdo a su gravedad.

Según el estudio de Castro et al. (2020) donde evaluaron las medidas de seguridad que favorezcan la seguridad del paciente en un hospital general provincial de segundo nivel en Quito, en sus resultados hacen referencia a que la educación en seguridad del paciente a profesionales de la salud forma parte de la ética profesional en cuanto a la implementación de procedimientos y durante la atención, adicional menciona que el conocimiento y la aplicación de las diferentes prácticas seguras favorece a la disminución del error durante la práctica clínica, que la notificación oportuna de estos eventos permite crear planes de mejora que no vuelva a ocurrir el suceso, esto permite mejorar los estándares de calidad. El personal evaluado en dicha investigación posee un 50% de conocimiento en cuanto a la seguridad, por lo que sugieren que se debe realizar capacitaciones sobre el Manual de Seguridad del Paciente elaborado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en concordancia con lo dispuesto por la Organización Mundial de la Salud. En la Casa de Salud en donde se realizó esta investigación, los profesionales de salud perciben que las capacitaciones y evaluaciones de seguridad del paciente no son suficientes para crear conciencia en el personal que se encuentra en el cuidado directo ya que poseen conocimiento teórico, pero no lo aplican durante la práctica clínica y que adicional al cumplimiento de estas prácticas el establecimiento de salud debe contar con todos los recursos necesarios, tanto humanos como materiales para que sea efectiva la prevención de los diferentes eventos, ya sean cuasi eventos, eventos adversos o eventos centinelas. También es importante que se crea una cultura de seguridad que permita la transmisión de estos conocimientos de un profesional a otro.

En cuanto a las teorías establecidas para este estudio cuantitativo se puede hacer una comparación de acuerdo a lo expuesto por Supo y Cavero (2014) que mencionan al método positivista originado en los pensamientos de Roger Bacon consideraba a la observación de los hechos como parte fundamental para la creación de una hipótesis la cual podría ser comprobada de acuerdo a los métodos implementados en los estudios, la cual debe estar



estrechamente relacionado al fundamento científico como evidencia de los descritos en los resultados, los cuales pueden o no ser refutados en futuras investigaciones. Esto permite a los investigadores reflexionar de manera racional la realidad o los datos empíricos a través de la observación y de la experiencia, tomando como referencia a las variables que permiten comprobar la hipótesis planteada y desarrollar conclusiones que permitan esclarecer el objetivo del estudio. En comparación con esta investigación se denota que los objetivos planteados para comprobar las hipótesis comprobaron que las variables de estudio no guardaban relación, ya que el personal de salud en su opinión plasmada en las encuestas refiere que la autogestión hospitalaria no evita o previene eventos adversos, pero que la implementación de herramientas como las escalas de clasificación del riesgo si previene estos eventos lo que permite garantizar la seguridad del paciente y la calidad de atención, por lo que dentro de la gestión se encuentra la implementación de estrategias que permitan mejorar los estándares de calidad, de alguna manera hay una relación entre la gestión y la prevención de riesgos enfocados en la atención de salud.

En base a la teoría de contingencia es importante mencionar que una gestión en situación de emergencia se enfoca en ajustar la estructura y prácticas de gestión para una correcta toma de decisiones de acuerdo a la realidad y a la necesidad institucional, en la institución donde se realizó el estudio existe un aporte favorable en relación a esta teoría, ya que incrementó su capacidad instalada para atender una demanda alta de pacientes y epidemiológicamente se pueda evitar una desorganización que conlleve a una inadecuada atención y que no solo ponga en riesgo la estabilidad del paciente, sino que también vulnere la seguridad del personal de salud durante la atención. La implementación de nueva tecnología y el abastecimiento de recursos permitió establecer métodos de diagnósticos y tratamientos adecuados para restablecer la salud de los pacientes con la COVID-19.

De acuerdo a la Teoría de Reason se puede mencionar que la identificación de factores que conduzcan a situaciones desfavorables, como la falta de conocimiento o la falta de experiencia en el personal de salud conlleva a que se produzcan eventos adversos. En relación con la unidad evaluada se

puede mencionar que existen varias situaciones que pueden promover incidencias, como personal poco capacitado, implementación de nuevos procedimientos, aumento de la carga laboral, cambio de áreas, cansancio, sin embargo, son evaluados de manera continua sobre las prácticas de seguridad, lo que permite crear conciencia y la aplicación de los principios de bioética profesional enmarcados en la beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía.

## VI. CONCLUSIONES

1. Los resultados de esta investigación evidencian en el hospital centinela para la atención de pacientes con la COVID-19 no existe una relación entre la autogestión implementada durante la pandemia y la prevención de eventos adversos en pacientes hospitalizados con esta enfermedad en el establecimiento de salud, adicional se debe resaltar que el personal de salud que labora en dicha institución percibe que la contratación de profesionales de la salud como médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, camilleros, entre otros; de igual manera el abastecimiento de dispositivos médicos, medicamentos y sobre todo equipos de protección personal (EPPs) fue regular como para solventar las necesidades en los momentos de aumento de atención y durante los cambios en la gestión hospitalaria, consideran que el aumento de camas conllevando a un 150% de la capacidad instalada de la Casa de Salud no fue una buena estrategia porque eso conllevó el aumento de la carga laboral y la el abastecimiento de EPPs como parte de la bioseguridad para evitar riesgos laborales no fue suficiente para que puedan realizar sus actividades de manera segura.
2. Enfocados en uno de los objetivos que fue determinar si la contratación de recursos humanos influye en la, los resultados evidencian que no existe una relación significativa ya que el personal fue emergente y no poseían la experiencia necesaria en algunos casos, no se percibió una mejor organización en los diferentes servicios, no se cubrió la necesidad de este personal en las nuevas áreas habilitadas y el flujo de espera de pacientes fue regular. Al aumentar nuevas áreas para la recepción de pacientes con la COVID-19, también se implementaron nuevos flujos y reorganización lo que conllevó a que el personal salga de su área de origen a prestar contingente en áreas críticas, creando inconformidad laboral.
3. En cuanto a la prevención de eventos adversos a través de la clasificación del riesgo, el personal de salud percibió que la implementación de escalas como la NEWS y Perroca ayudaron a clasificar de manera oportuna el riesgo de complicaciones de los pacientes evitando un aumento en la estancia hospitalaria y sobre todo el índice de mortalidad, además que aportó a los

cambios de flujos y reorganización hospitalaria creando un ciclo de ingresos y egresos de pacientes.

## VII. RECOMENDACIONES

1. De acuerdo a los resultados en donde se evidencia que no existe una relación significativa entre la autogestión hospitalaria y la prevención de eventos adversos, se recomienda se realice un estudio de cada una de las variables, tomando en cuenta que la autogestión hospitalaria permite avanzar con los diferentes procesos enfocados en la atención oportuna y de calidad de los pacientes, especialmente en una emergencia sanitaria, y determinar qué factores permiten actuar sobre la prevención de eventos adversos enfocados en la seguridad del paciente.
2. La percepción del personal de salud en cuanto a la autogestión fue regular en cuanto a la contratación de recursos humanos que solventó una parte de la brecha que existía en la institución, adicional el abastecimiento de dispositivos médicos y medicamentos que permitieron prestar una atención adecuada a pacientes con la COVID-19, durante la pandemia y post pandemia; por lo que se recomienda a la Casa de Salud que realice una encuesta de satisfacción al personal de salud enfocada en la autogestión para que se empleen planes de mejora.
3. Es importante que la Casa de Salud continúe empleando herramientas que permitan la detección oportuna de las complicaciones de los pacientes, pero tomando en consideración la carga laboral del personal de salud, un instrumento que beneficie a la atención, que sea efectivo y fácil de emplear, adicional se continúen realizando capacitaciones que permitan fortalecer conocimientos para garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención.

## REFERENCIAS

- Alarcón, A. (2019). El tránsito a la autogestión hospitalaria en Chile. *Rev Chil Salud Pública*, 125-127.
- APA PsycNet. (2020, Febrero 25). Measures of need and outcome for primary health care. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1993-97294-000>
- Arandia, O., & Portales, L. (16 de abril de 2015). *Fundamentos de la gestión humanista: una perspectiva filosófica*. Obtenido de <file:///C:/Users/ACER/Downloads/DialnetFundamentosDeLaGestionHumanista-5412619.pdf>
- Artaza, O. (2008). Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria. *Revista chilena de pediatría*, 127-130. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000200001>
- Aventín, J. (2006). CLASIFICACION DE RIESGOS. *Rev MAPFRE Consultores*, 45.
- Bajaña, I. (13 de abril de 2020). *Incidencias del COVID-19 en Ecuador*. Obtenido de Universidad Nacional de la Plata: DOI: <https://doi.org/10.24215/16696581e321>
- Campos, M., & Carrillo, A. (2018). Reporte de errores médicos como estrategia para la prevención de eventos adversos. *CONAMED*, 17-22
- Castro, G., Vintimilla, E., & Viteri, O. (16 de abril de 2010). *Acciones seguras y oportunas que favorecen la seguridad del paciente, en el área de medicina interna del Hospital Provincial General de Segundo Nivel Quito – Ecuador*. Obtenido de Pro Sciences: Revista De Producción, Ciencias E Investigación: <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol4iss30.2020pp62-71>
- Cornejo. (2014). El Factor Humano. *Retrieved from Educamericas*, 16. Obtenido de <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/PR>
- Di Marco, J. (2017, Febereoo 12). How to Identify and Analyze a Hospital Risk Assessment. Retrieved from <https://www.chthealthcare.com/blog/hospitalrisk-assessment>

- Elguea, P., Prado, O., & Barradas, J. (2019). Implementación de una escala de gravedad para la activación del equipo de respuesta rápida: *NEWS 2. Medicina crítica*, 98-103. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-89092019000200098&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092019000200098&lng=es&tlng=es).
- Eraso, B., Chávez, M., Herrera, D., Torres, J., Gallo, J., & Armijos, L. (2017). ¿Cómo medir la eficacia de la gestión en instituciones de salud? *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 23. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v36n3/ibi17317.pdf>
- Estrada, K. (2019). Reportable hospital events: incidence and contributing factors in the surgery service of a high complexity hospital in Bogotá, Colombia, 2017. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 47.
- Fabila, A., Minami, H., & Izquierdo, M. (13 de mayo de 2013). *La Escala de Likert en la evaluación docente: acercamiento a sus características y principios metodológicos*. Obtenido de <file:///C:/Users/ACER/Downloads/589-Texto%20del%20art%C3%ADculo-2095-1-10-20141211.pdf>
- Farmer, B. (2016). Patient Safety in the Emergency Department. *Emergency Medicine*, 48.
- Félix, A. (2014). La comunicación en las teorías de las organizaciones. El cruzar del siglo XX y la revolución de las nuevas tecnologías. Una visión histórica. *Historia y Comunicación Social. Historia y Comunicación Social*, 195-215. Obtenidodefile:///C:/Users/ACER/Downloads/45021Texto%20del%20art%C3%ADculo-71021-2-10-20140929.pdf
- Ferro, M., Molina, L., & Rodríguez, W. (9 de mayo de 2009). *La bioética y sus principios*. Obtenido de *Acta Odontológica Venezolana*: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029&lng=es&tlng=es)
- Figueredo, M. (2017). Eventos adversos relacionados con las prácticas asistenciales: una revisión integradora. *Enfermería global*, 25.

- Flores , J., & Barbarán , H. (2021). Gestión Hospitalaria: una mirada al desarrollo de sus procesos. *Revista Científica Multidisciplinar Ciencia Latina*, 1527. Obtenido de [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v5i2.368](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i2.368)
- Gallardo, E. (26 de abril de 2017). *Metodología de la Investigación: manual autoformativo interactivo*. Huancayo: Universidad Continental. Obtenido de [https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO\\_U\\_C\\_EG\\_MAI\\_UC0584\\_2018.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_U_C_EG_MAI_UC0584_2018.pdf)
- García Cabrera, H., Díaz Urteaga, P., Ávila Chávez, D., & Cuzco Ruiz, M. (2015). La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. *Revistas de investigación UNMSM*, 76. Retrieved from <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/10966>
- González Anglada, M., Garmendia Fernández, C., & Moreno Núñez, L. (2019). Una estrategia para la formación en seguridad del paciente. *Educación Médica*, 170-178. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-una-estrategia-formacion-seguridad-del- S1575181319300725>
- González, V. (2017, Octubre 15). Análisis de la cultura de seguridad del paciente de la enfermería del Hospital de Mérida. Retrieved from <http://dehesa.unex.es/handle/10662/6153>.
- Hernández , R., Fernández , C., & Baptista , M. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGRAW-HILL / Interamericana Editores, S.A. de C.V. Obtenido de <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Hickner, J. (2018, Marzo 14). *Jornal Fulltext*. Retrieved from [https://journals.lww.com/mdjournal/Fulltext/2019/12130/Patient\\_safety\\_management\\_systems,\\_activities\\_and](https://journals.lww.com/mdjournal/Fulltext/2019/12130/Patient_safety_management_systems,_activities_and)
- Hospital General del Sur de Quito. (2021). *Sala Situacional marzo 2021*. Quito, Ecuador: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- Lamata, F., Conde, J., Martínez, B., & Horno, M. (1994). *“Marketing Sanitario”*. Madrid: Mc graw.



- Llanes , C. (2011). Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 1-3. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000100001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100001&lng=es&tlng=es).
- Matas, A. (2018). *Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de la cuestión*. *Revista electrónica de investigación educativa*, 20(1), 38-47. Recuperado en 17 de julio de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607-40412018000100038&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412018000100038&lng=es&tlng=es).
- Mena , G., Montané , E., Rodríguez , M., Beroiz , P., López , J., & Ballester , M. (2021). Caracterización y eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria en pacientes infectados por el SARS-CoV-2 fallecidos en un hospital de tercer nivel. *Elsevier.*, 277-280. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.11.002>
- Monje , C. (20 de abril de 2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa*. . Obtenido de Universidad Surcolombiana: [ile:///C:/Users/ACER/Downloads/Monje%20Carlos%20Arturo%20-%20Gu%C3%ADa%20did%C3%A1ctica%20Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n.pdf](file:///C:/Users/ACER/Downloads/Monje%20Carlos%20Arturo%20-%20Gu%C3%ADa%20did%C3%A1ctica%20Metodolog%C3%ADa%20de%20la%20investigaci%C3%B3n.pdf)
- Morales , M., Ulloa , C., Rodríguez , J., & Parcon , M. (18 de Abril de 2019). *Adverse Events in Intensive Care Services and Internal Medicine*. Obtenido de *Revista Archivo Médico de Camagüey*: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102502552019000600738&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102502552019000600738&lng=es&tlng=en)
- Moskowitz, D. (2020, Octubre 4). The Importance of Healthcare Risk Management. Retrieved from <https://www.investopedia.com/articles/personal-finance/072315/importance-healthcare-risk-management.asp>
- Navas , H; Bourdin , E. (18 de Marzo de 2016). *Reconstitución de un score de NEWS a partir de la creación de franjas horarias en una historia clínica electrónica*. Obtenido de *Informática en salud*, Sanatorio Finochietto:

[http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/57800/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/57800/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Orszag, P. (2018, Enero 12). What Is Risk Management in Healthcare? NEJM Catalyst. Retrieved from <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.18.0197>

Parra, C., López, J., Bejarano, C., Puerto, A., & Galeano, M. (2017). Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá. *udea*, 284-292. Retrieved from <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/22602/20784479>

Palacios, C., Santos, E., Velasquez, M., & Leon, M. (2020). Covid-19 Una emergencia de salud publica mundial. *Rev. Clin Esp*, 17. Parra, C., López, J., Bejarano, C., Puerto, A., & Galeano, M. (2017). Eventos adversos en un hospital pediátrico de tercer nivel de Bogotá. *UDEA*, 284-292. Obtenido de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/22602/20784479>

Perrotta, C., Castresana, L., Torn, A., Cetti, L., Diaz, M., Ibañez, S., . . . Chuit, R. (2016). Estudio Multi-Céntrico De Validación De Una Escala De Detección Temprana De Deterioro En Pacientes Internados. *CSV-ARG*, 94. Obtenido de <https://www.researchgate.net/publication/325178866>

Pomasqui, J., & Tatés, T. (18 de Abril de 2014). *Eventos Adversos Inevitables En Pacientes Hospitalizados En Los Servicios Del Hospital San Vicente De Paúl Ibarra-Provincia De Imbabura 2013-2014*. Obtenido de Repositorio.utm: <http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/123456789/3834/3/06%20ENF%2006%2009%20Tesis.pdf>

Proyecto MSH/ULAT Honduras,. (2012). Modelo de Gestión Hospitalaria. *Management Sciences for Health*, 50.

Reguant, M., & Martínez, F. (20 de Abril de 2014). *Operacionalización de Conceptos/ Variables*. Obtenido de [diposit.ub.edu: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/57883/1/Indicadores-Repositorio.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/57883/1/Indicadores-Repositorio.pdf)

Reynaldos, K., Saiz, J., & Molina, Y. (2018). Competencias profesionales, gestión clínica y grupos relacionados de diagnósticos. El caso de hospitales

públicos chilenos. *Revista de Salud Pública*, 472-478. Obtenido de <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.66564>. ISSN 0124-0064. <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n4.66564>

- Santos , C., Klug , D., Campos , L., Losekann , M., Nunes , T., & Cruz , R. (2018). Analysis of the Perroca Scale in Palliative Care Unit. *Rev Esc Enferm*, 52. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017037503305>
- Suárez Jiménez, J. (1997). El sistema de salud en Cuba. Desafíos hacia el año 2000. *Rev Cubana Salud Pública*, 1-2. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Supo, F., & Cavero, H. (13 de abril de 2014). *Fundamentos teóricos y procedimentales de la investigación científica en ciencias sociales*. Lima, Perú. Obtenido de <https://www.felipesupo.com/wp-content/uploads/2020/02/Fundamentos-de-la-Investigaci%C3%B3n-Cient%C3%ADfica.pdf>
- Thomas, L. (2020, Febrero 12). Medical Error Prevention. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>.
- Ubillus, A. (2017, Marzo 23). Eventos adversos hospitalarios, seguridad del paciente y estrategias de solución, clínica Universitaria Lima, 2017. Retrieved from <http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/6439>.
- Zarate, R., Salcedo, R., Olvera, S., Hernández, S., Barrientos, J., Pérez, M., Dávalos, A. (2017). Eventos adversos en pacientes hospitalizados reportados por enfermería: un estudio multicéntrico en México. *Enfermería universitaria*, 277-285. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.005>

## ANEXOS

### Anexo 1. Operacionalización de las variables

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO	ÍTEMS	ESCALAS DE MEDICIÓN
<b>Variable independiente</b> Autogestión hospitalaria	La autogestión en la implementación significa la dependencia de un hospital en cuanto a cartera de servicios (servicios médicos definidos por la red pública), así como una mayor dispersión e independencia en materia de gestión, todos ellos centrados en la atención	Para esta variable se creó un cuestionario para recoger información de la evaluación a profesionales de la salud a través de las respuestas de cinco opciones, por lo que se utilizó la escala de medición de Likert, instrumento que permite al encuestado indicar si se encuentra de	Recursos Humanos	Contratación de médicos y de profesionales de enfermería	Encuesta	1-4	Escala Ordinal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buena</li> <li>• Regular</li> <li>• Mala</li> </ul>
				Contratación de auxiliares de enfermería y de auxiliares de servicios camilleros		5-8	
			Recursos materiales	Abastecimiento de dispositivos médicos y de EPP's		9-12	

	médica integral Salud de un modelo de cuidado. (Artaza , 2008)	acuerdo o en desacuerdo sobre un ítem, a través de una escala ordinal. (Matas, 2018)					
<b>Variable dependiente</b> Prevención de eventos adversos	La prevención de los eventos adversos se enfoca en evitar o disminuir el daño causado por la atención en salud y no por la patología de base. (Llanes , 2011)	Para esta variable se tomarán los datos de escalas para clasificar la condición de los pacientes que se utilizan en el hospital y de la creación de una escala de medición de Likert con cinco opciones, instrumento que permite al	Gestión hospitalaria	Abastecimiento de medicamentos		13-14	Escala Ordinal:  • Alta • Media • Baja
				Camas implementa as		15-16	
				Giro de camas		17-18	
			Clasificación del riesgo	Encuesta	1-2		
					3-4		
			Educación		5-7		

		encuestado indicar si se encuentra de acuerdo o en desacuerdo sobre un ítem, a través de una escala ordinal. (Matas, 2018)	en seguridad del paciente	Evaluación de seguridad del paciente		8-10	
--	--	--	---------------------------	--------------------------------------	--	------	--

## Anexo 2. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES			
<p><b>Problema general:</b> ¿Cómo la autogestión hospitalaria incide en la prevención de eventos adversos en pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito, 2021?</p> <p><b>Problemas específicos:</b> a. ¿Cómo la contratación de recursos humanos influye en la prevención de eventos adversos en pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito 2021? b. ¿Cómo la clasificación del riesgo influye en la prevención de eventos adversos en pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito 2021?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Evaluar la efectividad de la autogestión y la prevención de eventos adversos pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito, 2021.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b> a. Determinar si la contratación de recursos humanos influye en la prevención de eventos adversos en pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito 2021. b. Identificar si la clasificación del riesgo influye en la prevención de eventos adversos en pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito 2021</p>	<p><b>Hipótesis General:</b> Existe relación significativa entre la autogestión hospitalaria y la prevención de eventos adversos en pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito 2021.</p> <p><b>Hipótesis Específicas:</b> a. Existe relación significativa entre la contratación de recursos humanos y la prevención de eventos adversos en pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito 2021. b. Existe relación significativa entre clasificación del riesgo y la prevención de eventos adversos en pacientes con la COVID-19 en un hospital de Quito 2021.</p>	<b>Variable 1: Autogestión hospitalaria</b>			
			<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Escala de Valores</b>
			<b>Recursos humanos</b>	1. Contratación de médicos y de profesionales de enfermería 2. Contratación de auxiliares de enfermería y de auxiliares de servicios camilleros	1, 2, 3, 4  5, 6, 7, 8	<p><b>Ordinal</b></p> <p>5. Totalmente de acuerdo 4. Parcialmente de acuerdo 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo 4. En desacuerdo Totalmente en desacuerdo</p>
			<b>Recursos materiales</b>	1. Abastecimiento de dispositivos médicos y EPPs 2. Abastecimiento de medicamentos	9, 10, 11, 12 13, 14	
<b>Gestión Hospitalaria</b>	1. Camas implementadas 2. Giro de camas	15, 16 17, 18				

			<p><b>Variable 2: Prevención de eventos adversos</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Ítems</th> <th>Escala de Valores</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2"><b>Clasificación del riesgo</b></td> <td>1. Escala NEWS</td> <td>1, 2</td> <td rowspan="6"><b>Ordinal</b> 5. Siempre 4. Casi siempre 3. Con frecuencia 2. Casi nunca 1. Nunca</td> </tr> <tr> <td>2. Escala Perroca</td> <td>3,4</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"><b>Educación en seguridad del paciente</b></td> <td>1. Capacitaciones de seguridad del paciente</td> <td>7, 8</td> </tr> <tr> <td>2. Evaluación de seguridad del paciente</td> <td>9, 10</td> </tr> </tbody> </table>	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Valores	<b>Clasificación del riesgo</b>	1. Escala NEWS	1, 2	<b>Ordinal</b> 5. Siempre 4. Casi siempre 3. Con frecuencia 2. Casi nunca 1. Nunca	2. Escala Perroca	3,4	<b>Educación en seguridad del paciente</b>	1. Capacitaciones de seguridad del paciente	7, 8	2. Evaluación de seguridad del paciente	9, 10
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Valores															
<b>Clasificación del riesgo</b>	1. Escala NEWS	1, 2	<b>Ordinal</b> 5. Siempre 4. Casi siempre 3. Con frecuencia 2. Casi nunca 1. Nunca															
	2. Escala Perroca	3,4																
<b>Educación en seguridad del paciente</b>	1. Capacitaciones de seguridad del paciente	7, 8																
	2. Evaluación de seguridad del paciente	9, 10																
<b>TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>	<b>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</b>		<b>ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA E INFERENCIAL</b>														
<p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> Investigación básica.</p> <p><b>NIVEL DE INVESTIGACIÓN</b> Correlacional – Descriptivo</p>	<p><b>POBLACIÓN</b></p> <p>143 profesionales de la salud de un hospital de Quito</p>	<p><b>Variable 1:</b> <b>Autogestión hospitalaria</b> <b>Autor:</b> Artaza <b>Año:</b> 2008</p> <p><b>Variable 2:</b> <b>Prevención de eventos adversos</b> <b>Autor:</b> Llanes <b>Año:</b> 2011</p>	<p><b>DESCRIPTIVA:</b> A través de la estadística descriptiva se formularán tablas de frecuencia y figuras con sus análisis e interpretaciones.</p>															



<p><b>DISEÑO</b> Diseño no experimental.</p> <p><b>ENFOQUE</b> Enfoque cuantitativo.</p>	<p><b>TIPO DE MUESTRA</b> Probabilístico, simple aleatorio estratificado.</p>	<p><b>Técnica:</b> Encuesta. <b>Instrumento:</b> Cuestionario. <b>Ámbito de aplicación:</b> Hospital centinela del sur de Quito <b>Forma de Administración:</b> Individual</p>	<p><b>INFERENCIAL:</b> A través de la estadística inferencial, se realizará un análisis de correlaciones para la contrastación de las hipótesis, por medio del programa estadístico SPSS.</p> <p><b>DE PRUEBA:</b> Para la confiabilidad se aplicará el Alfa de Cronbach</p>
--	---	--	--

### Anexo 3. Cálculo de la muestra

Para calcular la muestra con la que se va a trabajar en esta investigación se aplicó la siguiente fórmula

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

Literal	Descripción	Categoría
n	Tamaño muestra	
p	Usuarios insatisfechos	0,5
q	Usuarios satisfechos	0,5
e	Error 0.05	0,05
Z	Intervalo confianza	1,96
N	Población	226

*Fuente: Elaboración propia*

$$n = \frac{(1,96)^2(0,5)(0,5)(226)}{(0,05)^2(226 - 1) + (1,96)^2(0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{(3,8416)(0,5)(0,5)(226)}{(0,0025)(225) + (3,8416)(0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{(97,0004)}{0,5625 + (0,9604)}$$

$$n = \frac{(217,0504)}{(1,5229)}$$

$$n = 142,524394$$

## Anexo 4. Instrumentos de la encuesta

### INSTRUMENTO 1

#### GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

#### CUESTIONARIO SOBRE LA AUTOGESTIÓN HOSPITALARIA

Estimado(a) doctor(a), profesional de enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliar de servicios camillero, solicito a usted de la manera más comedida realice este cuestionario que permitirá determinar la efectividad de la autogestión del Hospital General del Sur de Quito. Este cuestionario es anónimo y de antemano agradezco su valioso aporte.

Colocar una X de acuerdo con los parámetros que se detallan a continuación:

Totalmente de acuerdo	5
Parcialmente de acuerdo	4
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3
En desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

N°	AFIRMACIONES	1	2	3	4	5
<b>RECURSOS HUMANOS</b>						
1	¿La contratación de médicos generales y especialistas permitió la atención adecuada de pacientes con la COVID-19 y en el menor tiempo esperado?					
2	¿Con la contratación de médicos generales y especialistas se solventó la necesidad de este talento humano para la apertura de nuevas áreas hospitalarias, para la atención a pacientes con la COVID-19?					
3	¿La contratación de profesionales de enfermería permitió cubrir las necesidades de este personal en las nuevas áreas implementadas de hospitalización para pacientes con la COVID-19?					
4	¿Ha existido una mejor organización de las actividades de enfermería en los diferentes servicios hospitalarios a partir de las nuevas contrataciones de profesionales de enfermería?					

5	¿La contratación de auxiliares de enfermería permitió brindar cuidados oportunos de higiene, seguridad y confort a los pacientes con la COVID-19?					
6	¿La contratación de auxiliares de enfermería permitió disminuir el tiempo de los procesos de limpieza y desinfección de los servicios hospitalarios COVID-19?					
7	¿La contratación de camilleros permitió agilizar el transporte de pacientes con la COVID-19 en las fases de reorganización hospitalaria?					
8	¿Con la contratación de camilleros disminuyó el tiempo de espera de los pacientes con la COVID-19 para que les realicen exámenes de imagenología?					
<b>RECURSOS MATERIALES</b>						
9	¿Con el abastecimiento oportuno de dispositivos médicos de uso general (guantes, jeringas, catéteres, humidificadores, etc.) que realizó esta casa de salud durante la emergencia sanitaria permitió atender a los pacientes con la COVID-19 en sus necesidades fisiológicas, en su tratamiento y recuperación?					
10	¿ Con el abastecimiento oportuno de dispositivos médicos de especialidad (mascarillas venturi, vortran, tubos endotraqueales, etc.) que realizó esta casa de salud durante la emergencia sanitaria permitió solventar las necesidades específicas de acuerdo con la patología en los pacientes con la COVID-19?					
11	¿El abastecimiento constante de EPP's permitió a los profesionales de salud laborar de manera segura, cumpliendo las normas de bioseguridad?					
12	¿La entrega continua de mascarillas N-95 y KN-95 evitó contagios de los profesionales de salud en el ámbito hospitalario por el virus SARS CoV2?					
13	¿El abastecimiento constante de medicamentos permitió el tratamiento idóneo para los pacientes con la COVID-19?					
14	¿Los medicamentos que posee el hospital permite instaurar un tratamiento adecuado de acuerdo a la patología y comorbilidades que presentan los pacientes con la COVID-19?					
<b>GESTION HOSPITALARIA</b>						
15	¿La apertura de nuevas áreas de acuerdo a la estructura hospitalaria permitieron descongestionar la emergencia del hospital?					

16	¿La implementación de las carpas de hospitalización y pre altas ha permitido descongestionar la atención de pacientes con la COVID-19 en la Emergencia?					
17	¿La adecuación de flujos de pacientes y los giros de cama permitieron solventar la alta demanda de pacientes con la COVID-19 que acuden al hospital?					
18	¿La organización de gestión hospitalaria permite realizar cambios en los giros de camas para atender a los pacientes categorizados de acuerdo a su complejidad?					

## INSTRUMENTO 2

### GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD CUESTIONARIO SOBRE LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Estimado(a) doctor(a), profesional de enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliar de servicios camillero, solicito a usted de la manera más comedida realice este cuestionario que permitirá determinar la efectividad de la prevención de eventos adversos en el Hospital General del Sur de Quito. Este cuestionario es anónimo y de antemano agradezco su valioso aporte.

Colocar una X de acuerdo con los parámetros que se detallan a continuación:

Siempre	5
Casi siempre	4
Con frecuencia	3
Casi nunca	2
Nunca	1

N°	AFIRMACIONES	1	2	3	4	5
<b>CLASIFICACIÓN DEL RIESGO</b>						
1	¿La clasificación a través de la escala NEWS permitió identificar a los pacientes con la COVID-19 por su condición y evitar complicaciones?					
2	¿La clasificación por paciente de la escala NEWS en leves, moderados y graves permitió evitar eventos adversos relacionados a la atención?					
3	¿La implementación de la escala Perroca determina el tipo de cuidados que el paciente con la COVID-19 necesita?					
4	¿La escala Perroca es una herramienta que ha servido para establecer un flujo de atención y cuidados en pacientes con la COVID-19 previniendo riesgos que conlleven a eventos adversos?					
<b>EDUCACIÓN EN SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>						
5	¿Considera que la revisión de las prácticas de seguridad evita errores durante la atención a pacientes?					
6	¿En esta Casa de Salud se realizan capacitaciones de seguridad del paciente?					

7	¿Considera que realizar capacitaciones de seguridad del paciente contribuye a la disminución de eventos adversos?					
8	¿Las evaluaciones continuas de seguridad del paciente permite crear una cultura de seguridad en el hospital?					
9	¿Se realizan evaluaciones continuas sobre las prácticas segura en el hospital?					
10	¿Considera que la implementación de evaluaciones de seguridad del paciente al personal de esta Casa de Salud contribuirá a disminuir los eventos adversos?					

Memorando Nro. IESS-HG-SQ-CGE-2021-0882-M

Quito, D.M., 08 de mayo de 2021

**PARA:** Sr. Mgs. Francisco Xavier Mora Toro

**Coordinador Institucional de Vigilancia Epidemiológica e Infectología,  
Hospital General del Sur de Quito.**

**ASUNTO:** Autorización para aplicar encuestas relacionada al Proyecto de Investigación: "Efectividad de la Autogestión Hospitalaria y Prevención de Eventos Adversos en la Atención a Pacientes con la COVID-19", Maestría Gestión en Servicios de la Salud.

De mi consideración:

Por medio de la presente, me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida la autorización para realizar una encuesta dirigida al personal médico y personal de enfermería de esta Casa de Salud, para evaluar la **“Efectividad de la Autogestión Hospitalaria y Prevención de Eventos Adversos en la Atención a Pacientes con la COVID-19, año 2021”**, tema de proyecto de investigación para culminar la Maestría en Gestión en los Servicios de la Salud de la Universidad Cesar Vallejo de Perú. La encuesta se encuentra validada por juicio de expertos

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

*Documento firmado electrónicamente*

Lcda. Maria Paulina Morales Guijarro

**ENFERMERO/A 3**



Firmado electrónicamente por:  
**MARIA PAULINA  
MORALES  
GUIJARRO**



**Memorando Nro. IESS-HG-SQ-CIVEI-2021-**

**Quito, D.M., 12 de mayo de**

**PARA:** Sra. Lcda. Maria Paulina Morales Guijarro  
**Enfermero/a 3**

**ASUNTO:** En respuesta a: "Efectividad de la Autogestión Hospitalaria y Prevención de Eventos Adversos en la Atención a Pacientes con la COVID-19",

De mi consideración:

En respuesta al **Memorando Nro. IESS-HG-SQ-CGE-2021-0882-M**, suscrito por la Sra. Licenciada. María Paulina Morales Guijarro, Enfermera 3, Hospital General del Sur de Quito, mismo que indica:

*"(...)Por medio de la presente, me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida la autorización para realizar una encuesta dirigida al personal médico y personal de enfermería de esta Casa de Salud, para evaluar la "Efectividad de la Autogestión Hospitalaria y Prevención de Eventos Adversos en la Atención a Pacientes con la COVID-19, año 2021", tema de proyecto de investigación para culminar la Maestría en Gestión en los Servicios de la Salud de la Universidad Cesar Vallejo de Perú. La encuesta se encuentra validada por juicio de expertos.(...)"*

*Que, de acuerdo con las atribuciones suscritas para esta Subdirección mediante*

**Memorando Nro. IESS-HG-SQ-DTM-2021-0207-M**, mismo que indican:

- *Coordinar el desarrollo de programas de investigación en temas de salud humana en la unidad médica, con énfasis en los problemas prioritarios de salud.*
- *Impulsar la investigación científica en el campo de la salud Coordinar, verificar y evaluar el cumplimiento de los objetivos de los proyectos de investigación de mejora continua de la unidad médica.*
- *Coordinar la ejecución de los programas de pregrado con establecimientos de educación superior; así como planes de educación continua, formación y divulgación científica para los profesionales de la salud de la unidad médica.*
- *Supervisar la existencia de tutores a los estudiantes de las carreras de la salud de la unidad médica.*

**Memorando Nro. IESS-HG-SQ-CIVEI-2021-**

**Quito, D.M., 12 de mayo de**

De esta manera y luego de la revisión de la solicitud realizada por el área de Docencia e Investigación informo a usted que la encuesta el estudio ***“Efectividad de la Autogestión Hospitalaria y Prevención de Eventos Adversos en la Atención a Pacientes con la COVID-19, año 2021”***, se encuentra aprobado por esta Subdirección, sin antes recordar que deben enmarcarse en los lineamientos establecidos por la Dirección Nacional de Inteligencia de la Salud y presentar el artículo final a la Institución del Hospital General del Sur de Quito.

Información que pongo a su conocimiento para fines pertinentes. Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

***Documento firmado electrónicamente***

Mgs. Francisco Xavier Mora Toro

**COORDINADOR INSTITUCIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA  
EINFECTOLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DEL SUR DE QUITO.**

Referencias:

- IESS-HG-SQ-CGE-2021-0882-M



Firmado electrónicamente por:

**FRANCISCO  
XAVIER MORA  
TORO**

# **DOCUMENTOS PARA VALIDAR LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS**

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor Mgs.: Carmen Elizabeth Vargas Pozo

Presente

Asunto: Validación de instrumentos a través de juicio de experto

Nos es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del programa de Maestría Gestión en los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, en la sede Lima, promoción 2020-2021, aula 11, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi trabajo de investigación.

El título nombre del proyecto de investigación es: Efectividad de autogestión hospitalaria y prevención de eventos adversos en atención por COVID-19 en un Hospital de Quito 2021 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente



Firmado electrónicamente por:  
**MARIA PAULINA  
MORALES  
GUIJARRO**

Lcda. María Paulina Morales Guijarro  
C.I. 172171015-8

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

### **Variable Independiente: Autogestión**

La autogestión en la implementación significa la dependencia de un hospital en cuanto a cartera de servicios (servicios médicos definidos por la red pública), así como una mayor dispersión e independencia en materia de gestión, todos ellos centrados en la atención médica integral Salud de un modelo de cuidado. (Artaza , 2008)

Dimensiones de las variables:

#### Dimensión 1: Recursos Humanos

Los recursos humanos en el sector de la salud forman parte esencial en la producción de servicios de salud; contribuyen a la ejecución de políticas de salud efectivas y a la organización de sistemas de salud y a la prestación de servicios adecuados. (García Cabrera, Díaz Urteaga, Ávila Chávez, & Cuzco Ruiz , 2015)

#### Dimensión 2: Recursos Materiales

El impacto de la crisis en los servicios de salud presenta desafíos que existen en un país con un sistema de salud universal y gratuito, una población acostumbrada a hacer pleno uso de los servicios, incluidos aquellos con tecnología avanzada, y una realidad accesible ampliamente utilizada para el crédito, las externalidades son difíciles de resolver, y los mercados de medicamentos, consumibles y dispositivos médicos se ven obstaculizados por los efectos del bloqueo, lo que los hace más caros y más limitados (Suárez Jiménez, 1997)

#### Dimensión 3: Gestión Hospitalaria

Se define los productos para el cuidado de la salud como "actividades o procesos realizados por profesionales o instituciones de salud. Son productos diseñados para satisfacer las necesidades de cuidado y atención de clientes especiales, pacientes". El autor considera que no solo los servicios de salud están relacionados con la salud, sino también la dieta, la educación y el ocio también pueden contribuir a mejorar la salud. Por ello, los productos sanitarios deben expresarse claramente en procedimientos, diagnóstico, tratamiento, prevención, preocupación y atención especializada. Por tanto, el producto final requiere una correcta atención médica, ya sea preventiva, curativa o rehabilitadora para el paciente y la población. (Lamata, Conde, Martínez, & Horno, 1994)

### **Variable Dependiente: Prevención de Eventos Adversos**

La prevención de los eventos adversos se enfoca en evitar o disminuir el daño causado por la atención en salud y no por la patología de base. (Llanes , 2011)

Dimensiones de las variables:

#### Dimensión 1: Clasificación del Riesgo

Cuando una institución presta especial atención a esta disciplina, analiza sus riesgos como un problema fundamental antes de considerar su programa de seguros necesario. El análisis, clasificación y cuantificación de riesgos posteriormente lleva a la institución a decisiones racionales, incluyendo su posible eliminación, reducción mediante técnicas de prevención y protección. (Aventín, 2006)

## Dimensión 2: Educación en Seguridad del Paciente

Cuando se trata de educación sobre la seguridad del paciente, significa que se evita o se reducen los accidentes, lesiones o complicaciones evitables que surjan de recibir atención médica. Las cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente varían mucho. Hablamos de infecciones hospitalarias, errores de medicación, úlceras por presión, caídas, reingresos, cirugía en el lugar equivocado, radiografías de gestantes, cuerpos extraños tras la intervención, diagnóstico tardío o incorrecto, errores de identificación, sobret ratamiento, hospitalización insuficiente o prolongada, muerte accidental. Los resultados del estudio reflejan la gravedad del problema y destacan la necesidad de identificar y desarrollar estrategias para mejorar la seguridad del paciente en el entorno social y médico. (González Anglada, Garmendia Fernández, & Moreno Núñez, 2019)

## MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### Variable: Autogestión

DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	ESCALAS DE MEDICIÓN
Recursos humanos	Contratación de médicos	1-2	Escala de Likert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo (5)</li> <li>• Parcialmente de acuerdo (4)</li> <li>• Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)</li> <li>• En desacuerdo (2)</li> <li>• Totalmente en desacuerdo (1)</li> </ul>
	Contratación de profesionales de enfermería	3-4	
	Contratación de auxiliares de enfermería	5-6	
	Contratación de auxiliares de servicios camilleros	7-8	
Recursos materiales	Abastecimiento de dispositivos médicos	9-10	
	Abastecimiento de EPP's	11-12	
	Abastecimiento de medicamentos	13-14	
Gestión hospitalaria	Camas implementadas	15-16	
	Giro de camas	17-18	

Elaborado por: Lcda. Paulina Morales

Variable: Prevención de eventos adversos

DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALAS DE MEDICIÓN
Clasificación del riesgo	Escala NEWS	1-2	Escala de Likert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre (5)</li> <li>• Casi siempre (4)</li> <li>• Con frecuencia (3)</li> <li>• Casi nunca (2)</li> <li>• Nunca (1)</li> </ul>
	Escala Perroca	3-4	
Educación en seguridad del paciente	Capacitaciones de seguridad del paciente	5-7	
	Evaluación de seguridad del paciente	8-10	

Elaborado por: Lcda. Paulina Morales



## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA AUTOGESTIÓN HOSPITALARIA

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSION 1: RECURSOS HUMANOS</b>								
1	¿La contratación de médicos generales y especialistas permitió la atención adecuada de pacientes con la COVID-19 y en el menor tiempo esperado?	X		X		X		
2	¿Con la contratación de médicos generales y especialistas se solventó la necesidad de este talento humano para la apertura de nuevas áreas hospitalarias, para la atención a pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
3	¿La contratación de profesionales de enfermería permitió cubrir las necesidades de este personal en las nuevas áreas implementadas de hospitalización para pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
4	¿Ha existido una mejor organización de las actividades de enfermería en los diferentes servicios hospitalarios a partir de las nuevas contrataciones de profesionales de enfermería?	X		X		X		
5	¿La contratación de auxiliares de enfermería permitió brindar cuidados oportunos de higiene, seguridad y confort a los pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
6	¿La contratación de auxiliares de enfermería permitió disminuir el tiempo de los procesos de limpieza y desinfección de los servicios hospitalarios COVID-19?	X		X		X		
7	¿La contratación de camilleros permitió agilizar el transporte de pacientes con la COVID-19 en las fases de reorganización hospitalaria?	X		X		X		
8	¿Con la contratación de camilleros disminuyó el tiempo de espera de los pacientes con la COVID-19 para que les realicen exámenes de imagenología?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 2: RECURSOS MATERIALES</b>								
9	¿Con el abastecimiento oportuno de dispositivos médicos de uso general (guantes, jeringas, catéteres, humidificadores, etc.) que realizó esta casa de salud durante la emergencia sanitaria permitió atender a los pacientes con la COVID-19 en sus necesidades fisiológicas, en su tratamiento y recuperación?	X		X		X		
10	¿Con el abastecimiento oportuno de dispositivos médicos de especialidad (mascarillas venturi, vortran, tubos endotraqueales, etc.) que realizó esta casa de salud durante la emergencia sanitaria permitió solventar las necesidades específicas de acuerdo con la patología en los pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
11	¿El abastecimiento constante de EPP's permitió a los profesionales de salud laborar de manera segura, cumpliendo las normas de bioseguridad?	X		X		X		
12	¿La entrega continua de mascarillas N-95 y KN-95 evitó contagios de los profesionales de salud en el ámbito hospitalario por el virus SARS CoV2?	X		X		X		
13	¿El abastecimiento constante de medicamentos permitió el tratamiento idóneo para los pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
14	¿Los medicamentos que posee el hospital permite instaurar un tratamiento adecuado de acuerdo a la patología y comorbilidades que presentan los pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 3: GESTION HOSPITALARIA</b>								
15	¿La apertura de nuevas áreas de acuerdo a la estructura hospitalaria permitieron descongestionar la emergencia del hospital?	X		X		X		
16	¿La implementación de las carpas de hospitalización y pre altas ha permitido descongestionar la atención de pacientes con la COVID-19 en la Emergencia?	X		X		X		
17	¿La adecuación de flujos de pacientes y los giros de cama permitieron solventar la alta demanda de pacientes con la COVID-19 que acuden al hospital?	X		X		X		

18	¿La organización de gestión hospitalaria permite realizar cambios en los giros de camas para atender a los pacientes categorizados de acuerdo a su complejidad?	X		X		X	
----	---	---	--	---	--	---	--

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** Los ítems si están acorde a las dimensiones

### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSION 1: CLASIFICACION DEL RIESGO</b>								
1	¿La clasificación a través de la escala NEWS permitió identificar a los pacientes con la COVID-19 por su condición y evitar complicaciones?	X		X		X		
2	¿La clasificación por paciente de la escala NEWS en leves, moderados y graves permitió evitar eventos adversos relacionados a la atención?	X		X		X		
3	¿La implementación de la escala Perroca determina el tipo de cuidados que el paciente con la COVID-19 necesita?	X		X		X		
4	¿La escala Perroca es una herramienta que ha servido para establecer un flujo de atención y cuidados en pacientes con la COVID-19 previniendo riesgos que conlleven a eventos adversos?	X		X		X		
<b>DIMENSION 2: EDUCACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>								
5	¿Considera que la revisión de las prácticas de seguridad evita errores durante la atención a pacientes?	X		X		X		
6	¿En esta Casa de Salud se realizan capacitaciones en seguridad del paciente?	X		X		X		
7	¿Considera que realizar capacitaciones en seguridad del paciente contribuye a la disminución de eventos adversos?	X		X		X		
8	¿Las evaluaciones continuas de seguridad del paciente permite crear una cultura de seguridad en el hospital?	X		X		X		
9	¿Se realizan evaluaciones continuas sobre las prácticas segura en el hospital?	X		X		X		
10	¿Considera que la implementación de evaluaciones de seguridad del paciente al personal de esta Casa de Salud contribuirá a disminuir los eventos adversos?	X		X		X		

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** Los ítems si están acorde a las dimensiones

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

**Apellidos y nombres del juez validador.** Mgs. Carmen Elizabeth Vargas Pozo      **DNI:** 092167376-0

**Especialidad del validador:** Magister en Gestión de Calidad y Seguridad del Paciente

<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

22 de mayo del 2021



Firmado electrónicamente por:

**CARMEN  
ELIZABETH  
VARGAS POZO**

## REFERENCIAS

- Artaza , O. (2008). Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria. *Revista chilena de pediatría*, 127-130. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000200001>
- Aventín, J. (2006). CLASIFICACION DE RIESGOS. *Rev MAPFRE Consultores* , 45.
- García Cabrera, H., Díaz Urteaga, P., Ávila Chávez, D., & Cuzco Ruiz , M. (2015). La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. *Revistas de investigación UNMSM*, 76. Retrieved from <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/10966>
- González Anglada, M., Garmendia Fernández, C., & Moreno Núñez, L. (2019). Una estrategia para la formación en seguridad del paciente. *Educación Médica*, 170-178. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-una-estrategia-formacion-seguridad-del-S1575181319300725>
- Lamata, F., Conde, J., Martínez, B., & Horno, M. (1994). *“Marketing Sanitario”*. Madrid: Mc graw.
- Llanes , C. (2011). Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 1-3. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000100001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100001&lng=es&tlng=es).
- Proyecto MSH/ULAT Honduras,. (2012). Modelo de Gestión Hospitalaria. *Management Sciences for Health*, 50.
- Suárez Jiménez, J. (1997). El sistema de salud en Cuba. Desafíos hacia el año 2000. *Rev Cubana Salud Pública*, 1-2. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

# **DOCUMENTOS PARA VALIDAR LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS**

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor Mgs.: Francisco Xavier Mora Toro

Presente

Asunto: Validación de instrumentos a través de juicio de experto

Nos es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del programa de Maestría Gestión en los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, en la sede Lima, promoción 2020-2021, aula 11, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi trabajo de investigación.

El título nombre del proyecto de investigación es: Efectividad de autogestión hospitalaria y prevención de eventos adversos en atención por COVID-19 en un Hospital de Quito 2021 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente



Firmado electrónicamente por:  
**MARIA PAULINA  
MORALES  
GUIJARRO**

Lcda. María Paulina Morales Guijarro  
C.I. 172171015-8

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

### **Variable Independiente: Autogestión**

La autogestión en la implementación significa la dependencia de un hospital en cuanto a cartera de servicios (servicios médicos definidos por la red pública), así como una mayor dispersión e independencia en materia de gestión, todos ellos centrados en la atención médica integral Salud de un modelo de cuidado. (Artaza , 2008)

Dimensiones de las variables:

#### Dimensión 1: Recursos Humanos

Los recursos humanos en el sector de la salud forman parte esencial en la producción de servicios de salud; contribuyen a la ejecución de políticas de salud efectivas y a la organización de sistemas de salud y a la prestación de servicios adecuados. (García Cabrera, Díaz Urteaga, Ávila Chávez, & Cuzco Ruiz , 2015)

#### Dimensión 2: Recursos Materiales

El impacto de la crisis en los servicios de salud presenta desafíos que existen en un país con un sistema de salud universal y gratuito, una población acostumbrada a hacer pleno uso de los servicios, incluidos aquellos con tecnología avanzada, y una realidad accesible ampliamente utilizada para el crédito, las externalidades son difíciles de resolver, y los mercados de medicamentos, consumibles y dispositivos médicos se ven obstaculizados por los efectos del bloqueo, lo que los hace más caros y más limitados (Suárez Jiménez, 1997)

#### Dimensión 3: Gestión Hospitalaria

Se define los productos para el cuidado de la salud como "actividades o procesos realizados por profesionales o instituciones de salud. Son productos diseñados para satisfacer las necesidades de cuidado y atención de clientes especiales, pacientes". El autor considera que no solo los servicios de salud están relacionados con la salud, sino también la dieta, la educación y el ocio también pueden contribuir a mejorar la salud. Por ello, los productos sanitarios deben expresarse claramente en procedimientos, diagnóstico, tratamiento, prevención, preocupación y atención especializada. Por tanto, el producto final requiere una correcta atención médica, ya sea preventiva, curativa o rehabilitadora para el paciente y la población. (Lamata, Conde, Martínez, & Horno, 1994)

### **Variable Dependiente: Prevención de Eventos Adversos**

La prevención de los eventos adversos se enfoca en evitar o disminuir el daño causado por la atención en salud y no por la patología de base. (Llanes , 2011)

Dimensiones de las variables:

#### Dimensión 1: Clasificación del Riesgo

Cuando una institución presta especial atención a esta disciplina, analiza sus riesgos como un problema fundamental antes de considerar su programa de seguros necesario. El análisis, clasificación y cuantificación de riesgos posteriormente lleva a la institución a decisiones racionales, incluyendo su posible eliminación, reducción mediante técnicas de prevención y protección. (Aventín, 2006)

## Dimensión 2: Educación en Seguridad del Paciente

Cuando se trata de educación sobre la seguridad del paciente, significa que se evita o se reducen los accidentes, lesiones o complicaciones evitables que surjan de recibir atención médica. Las cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente varían mucho. Hablamos de infecciones hospitalarias, errores de medicación, úlceras por presión, caídas, reingresos, cirugía en el lugar equivocado, radiografías de gestantes, cuerpos extraños tras la intervención, diagnóstico tardío o incorrecto, errores de identificación, sobret ratamiento, hospitalización insuficiente o prolongada, muerte accidental. Los resultados del estudio reflejan la gravedad del problema y destacan la necesidad de identificar y desarrollar estrategias para mejorar la seguridad del paciente en el entorno social y médico. (González Anglada, Garmendia Fernández, & Moreno Núñez, 2019)

## MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### Variable: Autogestión

DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	ESCALAS DE MEDICIÓN
Recursos humanos	Contratación de médicos	1-2	Escala de Likert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo (5)</li> <li>• Parcialmente de acuerdo (4)</li> <li>• Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)</li> <li>• En desacuerdo (2)</li> <li>• Totalmente en desacuerdo (1)</li> </ul>
	Contratación de profesionales de enfermería	3-4	
	Contratación de auxiliares de enfermería	5-6	
	Contratación de auxiliares de servicios camilleros	7-8	
Recursos materiales	Abastecimiento de dispositivos médicos	9-10	
	Abastecimiento de EPP's	11-12	
	Abastecimiento de medicamentos	13-14	
Gestión hospitalaria	Camas implementadas	15-16	
	Giro de camas	17-18	

Elaborado por: Lcda. Paulina Morales



Variable: Prevención de eventos adversos

DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALAS DE MEDICIÓN
Clasificación del riesgo	Escala NEWS	1-2	Escala de Likert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre (5)</li> <li>• Casi siempre (4)</li> <li>• Con frecuencia (3)</li> <li>• Casi nunca (2)</li> <li>• Nunca (1)</li> </ul>
	Escala Perroca	3-4	
Educación en seguridad del paciente	Capacitaciones de seguridad del paciente	5-7	
	Evaluación de seguridad del paciente	8-10	

Elaborado por: Lcda. Paulina Morales

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA AUTOGESTIÓN HOSPITALARIA

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSION 1: RECURSOS HUMANOS</b>								
1	¿La contratación de médicos generales y especialistas permitió la atención adecuada de pacientes con la COVID-19 y en el menor tiempo esperado?	X		X		X		
2	¿Con la contratación de médicos generales y especialistas se solventó la necesidad de este talento humano para la apertura de nuevas áreas hospitalarias, para la atención a pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
3	¿La contratación de profesionales de enfermería permitió cubrir las necesidades de este personal en las nuevas áreas implementadas de hospitalización para pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
4	¿Ha existido una mejor organización de las actividades de enfermería en los diferentes servicios hospitalarios a partir de las nuevas contrataciones de profesionales de enfermería?	X		X		X		
5	¿La contratación de auxiliares de enfermería permitió brindar cuidados oportunos de higiene, seguridad y confort a los pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
6	¿La contratación de auxiliares de enfermería permitió disminuir el tiempo de los procesos de limpieza y desinfección de los servicios hospitalarios COVID-19?	X		X		X		
7	¿La contratación de camilleros permitió agilizar el transporte de pacientes con la COVID-19 en las fases de reorganización hospitalaria?	X		X		X		
8	¿Con la contratación de camilleros disminuyó el tiempo de espera de los pacientes con la COVID-19 para que les realicen exámenes de imagenología?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 2: RECURSOS MATERIALES</b>								
9	¿Con el abastecimiento oportuno de dispositivos médicos de uso general (guantes, jeringas, catéteres, humidificadores, etc.) que realizó esta casa de salud durante la emergencia sanitaria permitió atender a los pacientes con la COVID-19 en sus necesidades fisiológicas, en su tratamiento y recuperación?	X		X		X		
10	¿Con el abastecimiento oportuno de dispositivos médicos de especialidad (mascarillas venturi, vortran, tubos endotraqueales, etc.) que realizó esta casa de salud durante la emergencia sanitaria permitió solventar las necesidades específicas de acuerdo con la patología en los pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
11	¿El abastecimiento constante de EPP's permitió a los profesionales de salud laborar de manera segura, cumpliendo las normas de bioseguridad?	X		X		X		
12	¿La entrega continua de mascarillas N-95 y KN-95 evitó contagios de los profesionales de salud en el ámbito hospitalario por el virus SARS CoV2?	X		X		X		
13	¿El abastecimiento constante de medicamentos permitió el tratamiento idóneo para los pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
14	¿Los medicamentos que posee el hospital permite instaurar un tratamiento adecuado de acuerdo a la patología y comorbilidades que presentan los pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 3: GESTION HOSPITALARIA</b>								
15	¿La apertura de nuevas áreas de acuerdo a la estructura hospitalaria permitieron descongestionar la emergencia del hospital?	X		X		X		
16	¿La implementación de las carpas de hospitalización y pre altas ha permitido descongestionar la atención de pacientes con la COVID-19 en la Emergencia?	X		X		X		
17	¿La adecuación de flujos de pacientes y los giros de cama permitieron solventar la alta demanda de pacientes con la COVID-19 que acuden al hospital?	X		X		X		

18	¿La organización de gestión hospitalaria permite realizar cambios en los giros de camas para atender a los pacientes categorizados de acuerdo a su complejidad?	X		X		X	
----	---	---	--	---	--	---	--

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** Los ítems planteados son suficientes para medir las dimensiones

### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSION 1: CLASIFICACION DEL RIESGO</b>								
1	¿La clasificación a través de la escala NEWS permitió identificar a los pacientes con la COVID-19 por su condición y evitar complicaciones?	X		X		X		
2	¿La clasificación por paciente de la escala NEWS en leves, moderados y graves permitió evitar eventos adversos relacionados a la atención?	X		X		X		
3	¿La implementación de la escala Perroca determina el tipo de cuidados que el paciente con la COVID-19 necesita?	X		X		X		
4	¿La escala Perroca es una herramienta que ha servido para establecer un flujo de atención y cuidados en pacientes con la COVID-19 previniendo riesgos que conlleven a eventos adversos?	X		X		X		
<b>DIMENSION 2: EDUCACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>								
5	¿Considera que la revisión de las prácticas de seguridad evita errores durante la atención a pacientes?	X		X		X		
6	¿En esta Casa de Salud se realizan capacitaciones en seguridad del paciente?	X		X		X		
7	¿Considera que realizar capacitaciones en seguridad del paciente contribuye a la disminución de eventos adversos?	X		X		X		
8	¿Las evaluaciones continuas de seguridad del paciente permite crear una cultura de seguridad en el hospital?	X		X		X		
9	¿Se realizan evaluaciones continuas sobre las prácticas segura en el hospital?	X		X		X		
10	¿Considera que la implementación de evaluaciones de seguridad del paciente al personal de esta Casa de Salud contribuirá a disminuir los eventos adversos?	X		X		X		

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** Los ítems planteados son suficientes para medir las dimensiones

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

**Apellidos y nombres del juez validador.** Mgs. Francisco Xavier Mora Toro              **DNI:** 110454745-8

**Especialidad del validador:** Master en Investigación

22 de mayo del 2021

<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.**

## REFERENCIAS

- Artaza , O. (2008). Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria. *Revista chilena de pediatría*, 127-130. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000200001>
- Aventín, J. (2006). CLASIFICACION DE RIESGOS. *Rev MAPFRE Consultores* , 45.
- García Cabrera, H., Díaz Urteaga, P., Ávila Chávez, D., & Cuzco Ruiz , M. (2015). La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. *Revistas de investigación UNMSM*, 76. Retrieved from <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/10966>
- González Anglada, M., Garmendia Fernández, C., & Moreno Núñez, L. (2019). Una estrategia para la formación en seguridad del paciente. *Educación Médica*, 170-178. Retrieved from <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-una-estrategia-formacion-seguridad-del-S1575181319300725>
- Lamata, F., Conde, J., Martínez, B., & Horno, M. (1994). *“Marketing Sanitario”*. Madrid: Mc graw.
- Llanes , C. (2011). Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 1-3. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000100001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100001&lng=es&tlng=es).
- Proyecto MSH/ULAT Honduras,. (2012). Modelo de Gestión Hospitalaria. *Management Sciences for Health*, 50.
- Suárez Jiménez, J. (1997). El sistema de salud en Cuba. Desafíos hacia el año 2000. *Rev Cubana Salud Pública*, 1-2. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

# **DOCUMENTOS PARA VALIDAR LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTOS**

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor Mgs.: Marco Antonio Bonifaz Valverde

### Presente

Asunto: Validación de instrumentos a través de juicio de experto

Nos es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del programa de Maestría Gestión en los Servicios de la Salud de la Universidad César Vallejo, en la sede Lima, promoción 2020-2021, aula 11, requiero validar el instrumento con el cual recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi trabajo de investigación.

El título nombre del proyecto de investigación es: Efectividad de autogestión hospitalaria y prevención de eventos adversos en atención por COVID-19 en un Hospital de Quito 2021 y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas educativos y/o investigación educativa.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de operacionalización de las variables.

Expresándole mis sentimientos de respeto y consideración me despido de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente



Firmado electrónicamente por:  
**MARIA PAULINA  
MORALES  
GUIJARRO**

Lcda. María Paulina Morales Guijarro  
C.I. 172171015-8

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

### **Variable Independiente: Autogestión**

La autogestión en la implementación significa la dependencia de un hospital en cuanto a cartera de servicios (servicios médicos definidos por la red pública), así como una mayor dispersión e independencia en materia de gestión, todos ellos centrados en la atención médica integral Salud de un modelo de cuidado. (Artaza , 2008)

#### Dimensiones de las variables:

##### Dimensión 1: Recursos Humanos

Los recursos humanos en el sector de la salud forman parte esencial en la producción de servicios de salud; contribuyen a la ejecución de políticas de salud efectivas y a la organización de sistemas de salud y a la prestación de servicios adecuados. (García Cabrera, Díaz Urteaga, Ávila Chávez, & Cuzco Ruiz , 2015)

##### Dimensión 2: Recursos Materiales

El impacto de la crisis en los servicios de salud presenta desafíos que existen en un país con un sistema de salud universal y gratuito, una población acostumbrada a hacer pleno uso de los servicios, incluidos aquellos con tecnología avanzada, y una realidad accesible ampliamente utilizada para el crédito, las externalidades son difíciles de resolver, y los mercados de medicamentos, consumibles y dispositivos médicos se ven obstaculizados por los efectos del bloqueo, lo que los hace más caros y más limitados (Suárez Jiménez, 1997)

##### Dimensión 3: Gestión Hospitalaria

Se define los productos para el cuidado de la salud como "actividades o procesos realizados por profesionales o instituciones de salud. Son productos diseñados para satisfacer las necesidades de cuidado y atención de clientes especiales, pacientes". El autor considera que no solo los servicios de salud están relacionados con la salud, sino también la dieta, la educación y el ocio también pueden contribuir a mejorar la salud. Por ello, los productos sanitarios deben expresarse claramente en procedimientos, diagnóstico, tratamiento, prevención, preocupación y atención especializada. Por tanto, el producto final requiere una correcta atención médica, ya sea preventiva, curativa o rehabilitadora para el paciente y la población. (Lamata, Conde, Martínez, & Horno, 1994)

### **Variable Dependiente: Prevención de Eventos Adversos**

La prevención de los eventos adversos se enfoca en evitar o disminuir el daño causado por la atención en salud y no por la patología de base. (Llanes , 2011)

#### Dimensiones de las variables:

##### Dimensión 1: Clasificación del Riesgo

Cuando una institución presta especial atención a esta disciplina, analiza sus riesgos como un problema fundamental antes de considerar su programa de seguros necesario. El análisis, clasificación y cuantificación de riesgos posteriormente lleva a la institución a decisiones racionales, incluyendo su posible eliminación, reducción mediante técnicas de prevención y protección. (Aventín, 2006)

## Dimensión 2: Educación en Seguridad del Paciente

Cuando se trata de educación sobre la seguridad del paciente, significa que se evita o se reducen los accidentes, lesiones o complicaciones evitables que surjan de recibir atención médica. Las cuestiones relacionadas con la seguridad del paciente varían mucho. Hablamos de infecciones hospitalarias, errores de medicación, úlceras por presión, caídas, reingresos, cirugía en el lugar equivocado, radiografías de gestantes, cuerpos extraños tras la intervención, diagnóstico tardío o incorrecto, errores de identificación, sobret ratamiento, hospitalización insuficiente o prolongada, muerte accidental. Los resultados del estudio reflejan la gravedad del problema y destacan la necesidad de identificar y desarrollar estrategias para mejorar la seguridad del paciente en el entorno social y médico. (González Anglada, Garmendia Fernández, & Moreno Núñez, 2019)



## MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

### Variable: Autogestión

DIMENSIÓN	INDICADORES	ITEMS	ESCALAS DE MEDICIÓN
Recursos humanos	Contratación de médicos	1-2	Escala de Likert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente de acuerdo (5)</li> <li>• Parcialmente de acuerdo (4)</li> <li>• Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)</li> <li>• En desacuerdo (2)</li> <li>• Totalmente en desacuerdo (1)</li> </ul>
	Contratación de profesionales de enfermería	3-4	
	Contratación de auxiliares de enfermería	5-6	
	Contratación de auxiliares de servicios camilleros	7-8	
Recursos materiales	Abastecimiento de dispositivos médicos	9-10	
	Abastecimiento de EPP's	11-12	
	Abastecimiento de medicamentos	13-14	
Gestión hospitalaria	Camas implementadas	15-16	
	Giro de camas	17-18	

Elaborado por: Lcda. Paulina Morales

Variable: Prevención de eventos adversos

DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALAS DE MEDICIÓN
Clasificación del riesgo	Escala NEWS	1-2	Escala de Likert: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siempre (5)</li> <li>• Casi siempre (4)</li> <li>• Con frecuencia (3)</li> <li>• Casi nunca (2)</li> <li>• Nunca (1)</li> </ul>
	Escala Perroca	3-4	
Educación en seguridad del paciente	Capacitaciones de seguridad del paciente	5-7	
	Evaluación de seguridad del paciente	8-10	

Elaborado por: Lcda. Paulina Morales

## CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA AUTOGESTIÓN HOSPITALARIA

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSION 1: RECURSOS HUMANOS</b>								
1	¿La contratación de médicos generales y especialistas permitió la atención adecuada de pacientes con la COVID-19 y en el menor tiempo esperado?	X		X		X		
2	¿Con la contratación de médicos generales y especialistas se solventó la necesidad de este talento humano para la apertura de nuevas áreas hospitalarias, para la atención a pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
3	¿La contratación de profesionales de enfermería permitió cubrir las necesidades de este personal en las nuevas áreas implementadas de hospitalización para pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
4	¿Ha existido una mejor organización de las actividades de enfermería en los diferentes servicios hospitalarios a partir de las nuevas contrataciones de profesionales de enfermería?	X		X		X		
5	¿La contratación de auxiliares de enfermería permitió brindar cuidados oportunos de higiene, seguridad y confort a los pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
6	¿La contratación de auxiliares de enfermería permitió disminuir el tiempo de los procesos de limpieza y desinfección de los servicios hospitalarios COVID-19?	X		X		X		
7	¿La contratación de camilleros permitió agilizar el transporte de pacientes con la COVID-19 en las fases de reorganización hospitalaria?	X		X		X		
8	¿Con la contratación de camilleros disminuyó el tiempo de espera de los pacientes con la COVID-19 para que les realicen exámenes de imagenología?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 2: RECURSOS MATERIALES</b>								
9	¿Con el abastecimiento oportuno de dispositivos médicos de uso general (guantes, jeringas, catéteres, humidificadores, etc.) que realizó esta casa de salud durante la emergencia sanitaria permitió atender a los pacientes con la COVID-19 en sus necesidades fisiológicas, en su tratamiento y recuperación?	X		X		X		
10	¿Con el abastecimiento oportuno de dispositivos médicos de especialidad (mascarillas venturi, vortran, tubos endotraqueales, etc.) que realizó esta casa de salud durante la emergencia sanitaria permitió solventar las necesidades específicas de acuerdo con la patología en los pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
11	¿El abastecimiento constante de EPP's permitió a los profesionales de salud laborar de manera segura, cumpliendo las normas de bioseguridad?	X		X		X		
12	¿La entrega continua de mascarillas N-95 y KN-95 evitó contagios de los profesionales de salud en el ámbito hospitalario por el virus SARS CoV2?	X		X		X		
13	¿El abastecimiento constante de medicamentos permitió el tratamiento idóneo para los pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
14	¿Los medicamentos que posee el hospital permite instaurar un tratamiento adecuado de acuerdo a la patología y comorbilidades que presentan los pacientes con la COVID-19?	X		X		X		
<b>DIMENSIÓN 3: GESTION HOSPITALARIA</b>								
15	¿La apertura de nuevas áreas de acuerdo a la estructura hospitalaria permitieron descongestionar la emergencia del hospital?	X		X		X		
16	¿La implementación de las carpas de hospitalización y pre altas ha permitido descongestionar la atención de pacientes con la COVID-19 en la Emergencia?	X		X		X		
17	¿La adecuación de flujos de pacientes y los giros de cama permitieron solventar la alta demanda de pacientes con la COVID-19 que acuden al hospital?	x		X		X		

18	¿La organización de gestión hospitalaria permite realizar cambios en los giros de camas para atender a los pacientes categorizados de acuerdo a su complejidad?	x		x		X	
----	---	---	--	---	--	---	--

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** Los ítems planteados si son adecuados para medir las dimensiones

### CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
<b>DIMENSION 1: CLASIFICACION DEL RIESGO</b>								
1	¿La clasificación a través de la escala NEWS permitió identificar a los pacientes con la COVID-19 por su condición y evitar complicaciones?	X		X		X		
2	¿La clasificación por paciente de la escala NEWS en leves, moderados y graves permitió evitar eventos adversos relacionados a la atención?	X		X		X		
3	¿La implementación de la escala Perroca determina el tipo de cuidados que el paciente con la COVID-19 necesita?	X		X		X		
4	¿La escala Perroca es una herramienta que ha servido para establecer un flujo de atención y cuidados en pacientes con la COVID-19 previniendo riesgos que conlleven a eventos adversos?	X		X		X		
<b>DIMENSION 2: EDUCACION EN SEGURIDAD DEL PACIENTE</b>								
5	¿Considera que la revisión de las prácticas de seguridad evita errores durante la atención a pacientes?	X		X		X		
6	¿En esta Casa de Salud se realizan capacitaciones en seguridad del paciente?	X		X		X		
7	¿Considera que realizar capacitaciones en seguridad del paciente contribuye a la disminución de eventos adversos?	X		X		X		
8	¿Las evaluaciones continuas de seguridad del paciente permite crear una cultura de seguridad en el hospital?	X		X		X		
9	¿Se realizan evaluaciones continuas sobre las prácticas segura en el hospital?	X		X		X		
10	¿Considera que la implementación de evaluaciones de seguridad del paciente al personal de esta Casa de Salud contribuirá a disminuir los eventos adversos?	X		X		X		

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):** Los ítems planteados si son adecuados para medir las dimensiones

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

**Apellidos y nombres del juez validador.** Mgs. Marco Antonio Bonifaz Valverde              **DNI:** 060373988-9

**Especialidad del validador:** Master Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria

**22 de mayo del 2021**

<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



Firmado electrónicamente por:  
**MARCO ANTONIO  
 BONIFAZ  
 VALVERDE**

-----  
**Firma del Experto Informante.**

## REFERENCIAS

- Artaza , O. (2008). Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria. *Revista chilena de pediatría*, 127-130. Retrieved from <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062008000200001>
- Aventín, J. (2006). CLASIFICACION DE RIESGOS. *Rev MAPFRE Consultores* , 45.
- García Cabrera, H., Díaz Urteaga, P., Ávila Chávez, D., & Cuzco Ruiz , M. (2015). La Reforma delSector Salud y los recursos humanos en salud. *Revistas de investigación UNMSM*, 76.  
Retrieved from <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/10966>
- González Anglada, M., Garmendia Fernández, C., & Moreno Núñez, L. (2019). Una estrategia para la formación en seguridad del paciente. *Educación Médica*, 170-178. Retrieved from<https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-una-estrategia-formacion-seguridad-del-S1575181319300725>
- Lamata, F., Conde, J., Martinez, B., & Horno, M. (1994). *“Marketing Sanitario”*. Madrid: Mc graw.
- Llanes , C. (2011). Prevenir eventos adversos, para alcanzar la excelencia en la gestión delcuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 1-3. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192011000100001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192011000100001&lng=es&tlng=es).
- Proyecto MSH/ULAT Honduras,. (2012). Modelo de Gestión Hospitalaria. *Management Sciencesfor Health*, 50.
- Suárez Jiménez, J. (1997). El sistema de salud en Cuba. Desafíos hacia el año 2000. *Rev CubanaSalud Pública*, 1-2. Retrieved from [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

## Anexo 5. Consentimiento informado

# CUESTIONARIO SOBRE LA PREVENCIÓN DE EVENTOS ADVERSOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) doctor(a), profesional de enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliar de servicios camillero, el presente cuestionario es parte de una investigación, que tiene por finalidad la obtención de información acerca de la prevención de eventos adversos en esta Casa de Salud. El cuestionario es anónimo; es necesario que responda con sinceridad, para obtener una muestra real.

De antemano agradezco su valioso aporte.

**\*Obligatorio**

Correo \*

Tu dirección de correo electrónico

---

Por favor escoja su denominación

# CUESTIONARIO SOBRE LA AUTOGESTIÓN HOSPITALARIA

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) doctor(a), profesional de enfermería, auxiliar de enfermería, auxiliar de servicios camillero, el presente cuestionario es parte de una investigación, que tiene por finalidad la obtención de información acerca de la autogestión hospitalaria en esta Casa de Salud. El cuestionario es anónimo; es necesario que responda con sinceridad, para obtener una muestra real.

De antemano agradezco su valioso aporte.

**\*Obligatorio**

Correo \*

Tu dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Por favor escoja su denominación \*

Médico

## Anexo 6. Tabulación de datos

AUTOGESTION HOSPITALARIA																			
NRO.	DENOMINACION	D1								D2						D3			
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18
1	MEDICO 1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
2	MEDICO 2	4	2	4	4	4	4	4	4	2	2	2	4	4	4	4	4	4	2
3	MEDICO 3	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
4	MEDICO 4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	3	3
5	MEDICO 5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	5	4
6	MEDICO 6	4	5	3	4	3	3	3	3	4	4	5	5	5	4	4	4	4	2
7	MEDICO 7	4	2	2	4	4	4	4	4	2	2	2	5	4	2	5	5	4	3
8	MEDICO 8	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4
9	MEDICO 9	4	4	4	4	4	2	1	4	2	2	2	1	2	4	4	4	2	1
10	MEDICO 10	5	5	5	4	4	4	3	3	5	5	4	3	4	4	4	4	4	4
11	MEDICO 11	5	4	4	4	5	4	3	3	5	5	5	5	4	4	4	5	4	5
12	MEDICO 12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5
13	MEDICO 13	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
14	MEDICO 14	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
15	MEDICO 15	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	4	4	4	4	2	4	4	4
16	MEDICO 16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
17	MEDICO 17	4	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5



18	MEDICO 18	4	5	5	4	4	5	4	4	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5
19	MEDICO 19	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4	4	5	4	5
20	MEDICO 20	2	5	5	4	4	4	5	5	4	4	2	4	3	2	5	5	4	3
21	MEDICO 21	5	4	5	3	5	5	5	3	5	5	4	4	4	4	5	5	4	4
22	MEDICO 22	5	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	4	4	4	4	4	4	4
23	MEDICO 23	4	5	4	5	5	4	4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	4
24	MEDICO 24	5	2	2	3	3	3	2	3	4	4	4	3	3	2	3	1	3	4
25	MEDICO 25	4	4	4	3	3	3	2	3	3	4	1	4	3	4	4	4	4	4
26	MEDICO 26	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
27	MEDICO 27	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	4	3	3	3	4	3
28	MEDICO 28	4	4	4	4	4	2	2	2	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5
29	MEDICO 29	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5
30	MEDICO 30	5	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
31	MEDICO 31	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	1	1	2	4	4	4	4	4
32	MEDICO 32	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
33	MEDICO 33	5	5	5	5	5	5	5	4	3	5	2	4	5	5	4	4	5	5
34	MEDICO 34	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	4	5
35	MEDICO 35	4	4	4	3	2	3	2	3	4	5	4	4	4	4	4	4	4	3
36	MEDICO 36	4	5	4	3	4	5	5	4	4	4	1	1	4	4	4	5	4	4
37	MEDICO 37	5	5	5	4	5	4	5	4	4	4	3	5	5	5	4	5	5	5
38	MEDICO 38	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
39	MEDICO 39	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
40	MEDICO 40	4	4	4	4	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	5	4	4	4
41	MEDICO 41	4	4	4	3	3	3	2	4	4	4	3	2	4	3	5	4	3	2



66	ENFERMERA 24	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
67	ENFERMERA 25	4	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5
68	ENFERMERA 26	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5	2	4	5	5	4	5	5	5
69	ENFERMERA 27	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4
70	ENFERMERA 28	2	2	5	1	2	2	2	2	2	3	1	1	3	4	1	3	2	2
71	ENFERMERA 29	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
72	ENFERMERA 30	4	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4
73	ENFERMERA 31	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	2
74	ENFERMERA 32	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
75	ENFERMERA 33	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
76	ENFERMERA 34	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
77	ENFERMERA 35	2	4	4	5	2	4	4	1	1	2	1	1	4	4	4	4	3	2
78	ENFERMERA 36	4	4	3	4	3	3	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4
79	ENFERMERA 37	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3
80	ENFERMERA 38	5	5	4	4	4	4	4	3	3	4	4	5	3	4	4	5	5	4
81	ENFERMERA 39	5	4	4	5	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	4
82	ENFERMERA 40	2	3	5	1	2	2	2	2	3	3	2	2	4	3	3	3	2	2
83	ENFERMERA 41	5	3	3	4	5	5	5	5	4	4	4	5	4	3	4	4	4	2
84	ENFERMERA 42	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
85	AUXILIAR 1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5
86	AUXILIAR 2	4	4	4	4	5	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5
87	AUXILIAR 3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3
88	AUXILIAR 4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5
89	AUXILIAR 5	4	4	5	4	4	4	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4





138	CAMILLERO 14	4	3	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4	5	3	5	4
139	CAMILLERO 15	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4
140	CAMILLERO 16	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4
141	CAMILLERO 17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
142	CAMILLERO 18	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	4	4	5	5	5
143	CAMILLERO 19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5

### PREVENCION DE EVENTOS ADVERSOS

NRO.	DENOMINACION	D1				D2					
		P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
1	MEDICO 1	5	3	3	3	4	2	4	4	2	3
2	MEDICO 2	5	5	5	5	5	3	5	5	3	5
3	MEDICO 3	4	4	4	4	5	2	4	5	2	5
4	MEDICO 4	3	2	3	3	5	1	5	4	2	4
5	MEDICO 5	5	3	4	3	3	2	5	3	2	3
6	MEDICO 6	5	4	5	5	5	4	5	4	4	4
7	MEDICO 7	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
8	MEDICO 8	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5
9	MEDICO 9	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4
10	MEDICO 10	4	4	4	4	5	1	5	5	5	2
11	MEDICO 11	4	4	5	5	5	4	5	5	5	4
12	MEDICO 12	3	3	3	4	4	5	5	5	5	5

13	MEDICO 13	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5
14	MEDICO 14	4	5	4	3	4	5	4	4	5	5
15	MEDICO 15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
16	MEDICO 16	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4
17	MEDICO 17	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5
18	MEDICO 18	5	4	4	4	4	3	3	3	3	3
19	MEDICO 19	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4
20	MEDICO 20	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5
21	MEDICO 21	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3
22	MEDICO 22	4	3	4	4	3	5	4	5	5	5
23	MEDICO 23	4	4	4	3	3	4	3	4	5	5
24	MEDICO 24	5	4	5	4	5	4	5	4	4	5
25	MEDICO 25	3	4	5	4	5	2	5	5	4	4
26	MEDICO 26	3	3	3	3	5	5	5	5	5	3
27	MEDICO 27	4	4	5	5	5	5	5	5	4	5
28	MEDICO 28	5	1	5	5	5	3	4	5	3	4
29	MEDICO 29	4	4	4	3	5	5	5	5	5	5
30	MEDICO 30	3	2	3	3	5	5	5	5	5	5
31	MEDICO 31	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5
32	MEDICO 32	5	3	3	3	5	3	3	3	3	2
33	MEDICO 33	4	4	4	4	5	4	5	5	4	4
34	MEDICO 34	4	5	4	4	4	2	4	4	3	4
35	MEDICO 35	5	4	4	4	4	3	3	4	4	3
36	MEDICO 36	5	5	5	5	5	3	4	5	3	5

37	MEDICO 37	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
38	MEDICO 38	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
39	MEDICO 39	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3
40	MEDICO 40	4	4	4	4	4	3	4	5	4	4	4
41	MEDICO 41	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5
42	MEDICO 42	5	5	5	5	5	2	5	3	3	5	5
43	MEDICO 43	2	3	3	3	3	2	4	4	3	3	3
44	MEDICO 44	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5
45	ENFERMERA 1	5	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5
46	ENFERMERA 2	4	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5
47	ENFERMERA 3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
48	ENFERMERA 4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5
49	ENFERMERA 5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4
50	ENFERMERA 6	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	5
51	ENFERMERA 7	3	4	4	4	3	4	3	4	3	3	3
52	ENFERMERA 8	4	5	3	4	5	4	5	4	4	3	3
53	ENFERMERA 9	3	4	4	5	5	3	4	4	3	3	3
54	ENFERMERA 10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
55	ENFERMERA 11	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4	4
56	ENFERMERA 12	3	4	5	5	4	4	4	5	5	5	5
57	ENFERMERA 13	4	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5
58	ENFERMERA 14	5	5	5	5	5	3	1	5	5	5	5
59	ENFERMERA 15	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2
60	ENFERMERA 16	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5



61	ENFERMERA 17	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4
62	ENFERMERA 18	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5
63	ENFERMERA 19	3	3	3	3	4	3	5	5	5	5
64	ENFERMERA 20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
65	ENFERMERA 21	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
66	ENFERMERA 22	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5
67	ENFERMERA 23	4	5	5	5	5	5	4	4	4	4
68	ENFERMERA 24	5	5	5	3	3	4	5	5	4	5
69	ENFERMERA 25	4	5	5	4	4	5	5	3	5	5
70	ENFERMERA 26	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5
71	ENFERMERA 27	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
72	ENFERMERA 28	4	5	4	4	5	4	5	5	3	5
73	ENFERMERA 29	4	3	5	5	4	5	5	5	5	5
74	ENFERMERA 30	5	5	4	5	5	5	4	5	5	4
75	ENFERMERA 31	5	4	4	4	4	5	4	4	5	4
76	ENFERMERA 32	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
77	ENFERMERA 33	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
78	ENFERMERA 34	5	5	4	4	5	4	5	5	4	4
79	ENFERMERA 35	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4
80	ENFERMERA 36	2	2	2	2	5	4	5	5	5	4
81	ENFERMERA 37	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
82	ENFERMERA 38	4	4	3	3	4	4	4	4	3	4
83	ENFERMERA 39	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
84	ENFERMERA 40	3	3	4	2	3	2	3	3	3	2

85	ENFERMERA 41	2	3	2	2	4	3	3	3	2	3
86	ENFERMERA 42	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5
87	ENFERMERA 43	3	2	3	3	5	3	5	5	5	3
88	ENFERMERA 44	4	4	5	5	5	5	5	5	3	5
89	ENFERMERA 45	5	5	3	4	5	3	4	4	4	4
90	AUXILIAR 1	3	3	3	3	5	4	3	3	5	3
91	AUXILIAR 2	4	5	4	4	5	5	4	5	5	4
92	AUXILIAR 3	4	4	3	3	5	3	5	5	3	5
93	AUXILIAR 4	3	4	4	4	5	4	5	4	4	4
94	AUXILIAR 5	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4
95	AUXILIAR 6	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5
96	AUXILIAR 7	5	4	4	4	5	4	5	5	5	3
97	AUXILIAR 8	4	5	3	4	4	5	5	3	4	4
98	AUXILIAR 9	4	3	4	4	4	5	4	4	4	5
99	AUXILIAR 10	4	4	4	4	4	5	4	4	4	5
100	AUXILIAR 11	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5
101	AUXILIAR 12	4	5	4	4	5	4	4	4	4	5
102	AUXILIAR 13	4	4	4	4	5	5	5	5	2	5
103	AUXILIAR 14	4	4	4	4	4	5	5	5	5	4
104	AUXILIAR 15	3	4	5	4	4	5	4	4	5	3
105	AUXILIAR 16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
106	AUXILIAR 17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
107	AUXILIAR 18	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
108	AUXILIAR 19	4	3	3	4	5	5	5	5	5	5

109	AUXILIAR 20	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5
110	AUXILIAR 21	3	3	4	4	5	5	5	5	5	5
111	AUXILIAR 22	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
112	AUXILIAR 23	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2
113	AUXILIAR 24	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5
114	AUXILIAR 25	4	5	5	5	5	5	5	4	5	4
115	AUXILIAR 26	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4
116	AUXILIAR 27	4	3	4	3	4	3	5	4	5	4
117	AUXILIAR 28	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
118	AUXILIAR 29	3	3	4	4	5	3	5	5	3	5
119	AUXILIAR 30	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5
120	AUXILIAR 31	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5
121	AUXILIAR 32	4	4	5	5	4	3	4	4	4	4
122	AUXILIAR 33	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4
123	AUXILIAR 34	4	4	3	3	4	4	5	5	4	4
124	AUXILIAR 35	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3
125	AUXILIAR 36	3	3	4	3	4	3	5	5	5	4
126	AUXILIAR 37	4	4	5	3	5	5	5	4	4	5
127	CAMILLERO 1	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5
128	CAMILLERO 2	5	4	4	5	5	3	5	5	3	5
129	CAMILLERO 3	5	5	5	5	5	3	4	5	5	5
130	CAMILLERO 4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
131	CAMILLERO 5	4	3	5	4	5	3	5	5	5	5
132	CAMILLERO 6	5	2	4	3	4	5	5	5	4	5

133	CAMILLERO 7	5	5	5	4	4	4	5	5	4	5
134	CAMILLERO 8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
135	CAMILLERO 9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
136	CAMILLERO 10	4	4	3	2	4	4	4	4	4	5
137	CAMILLERO 11	5	5	5	5	4	4	4	4	5	5
138	CAMILLERO 12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
139	CAMILLERO 13	5	5	5	5	4	4	5	4	4	4
140	CAMILLERO 14	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4
141	CAMILLERO 15	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4
142	CAMILLERO 16	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3
143	CAMILLERO 17	5	5	5	5	4	4	3	3	4	4

## Anexo 7. Prueba de fiabilidad con Alfa de Cronbach, variable autogestión hospitalaria

```
/VARIABLES=p1 p2 p3 p4 p5 p6 p7 p8 p9 p10 p11 p12 p13 p14 p15 p16 p17 p18  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

### → Fiabilidad

[ConjuntoDatos0]

#### Escala: ALL VARIABLES

##### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	143	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	143	100,0

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

##### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,950	18

## Anexo 8. Prueba de fiabilidad con Alfa de Cronbach, variable prevención de eventos adversos

```
/VARIABLES=p1 p2 p3 p4 p5 p6 p7 p8 p9 p10  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

### ➔ Fiabilidad

[ConjuntoDatos1]

#### Escala: ALL VARIABLES

##### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	143	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	Total	143	100,0

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

##### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,869	10

## Anexo 9. Ficha Técnica de instrumento autogestión hospitalaria

<b>ASPECTOS</b>	<b>DATOS</b>
<b>Autora</b>	María Paulina Morales Guijarro
<b>Objetivo general</b>	Evaluar la efectividad de la autogestión y la prevención de eventos adversos en la atención por COVID-19 en un Hospital de Quito
<b>Campo de aplicación</b>	Hospital centinela de Quito
<b>Muestra</b>	143 profesionales de la salud
<b>Confiabilidad</b>	Alfa de Cronbach 0.950
<b>Aspectos a evaluar</b>	Dimensión 1: Recursos humanos Dimensión 2: Recursos materiales Dimensión 3: Gestión hospitalaria
<b>Calificación</b>	Totalmente en desacuerdo 1 En desacuerdo 2 Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3 Parcialmente de acuerdo 4 Totalmente de acuerdo 5
<b>Categorías dimensionales</b>	Buena Regular Mala

## Anexo 10. Ficha Técnica de instrumento prevención de eventos adversos

<b>ASPECTOS</b>	<b>DATOS</b>
<b>Autora</b>	María Paulina Morales Guijarro
<b>Objetivo general</b>	Evaluar la efectividad de la autogestión y la prevención de eventos adversos en la atención por COVID-19 en un Hospital de Quito
<b>Campo de aplicación</b>	Hospital centinela de Quito
<b>Muestra</b>	143 profesionales de la salud
<b>Confiabilidad</b>	Alfa de Cronbach 0.869
<b>Aspectos a evaluar</b>	Dimensión 1: Clasificación del riesgo Dimensión 2: Educación en seguridad del paciente
<b>Calificación</b>	Nunca 1 Casi nunca 2 Con frecuencia 3 Casi siempre 4 Siempre 5
<b>Categorías dimensionales</b>	Alta Media Baja

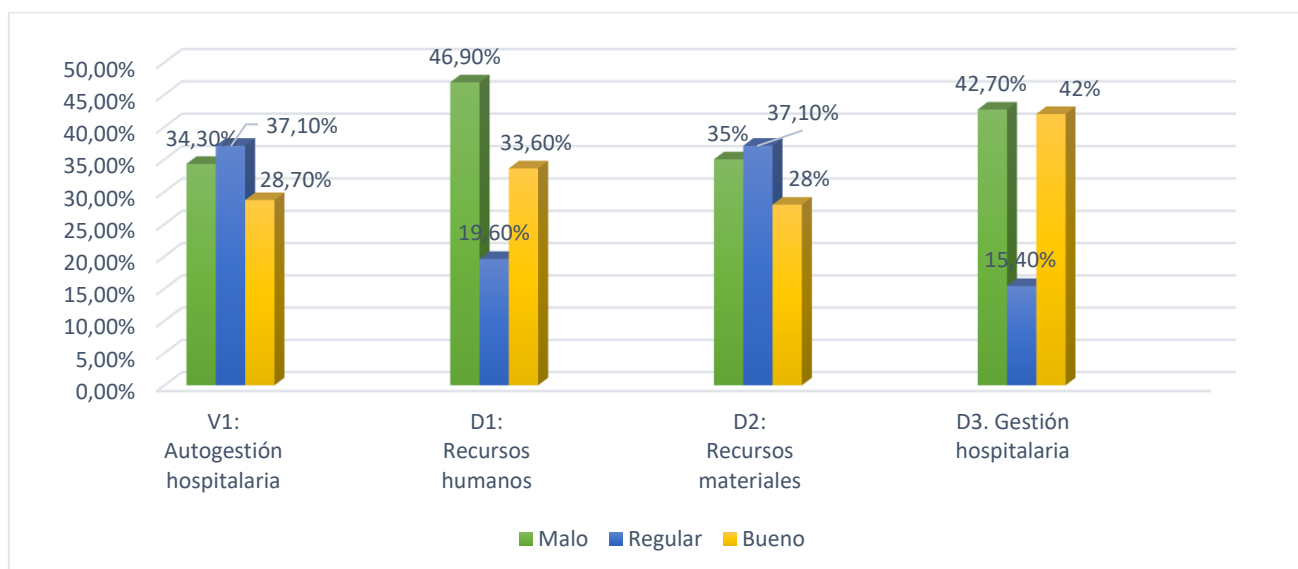


## Anexo 11. Prueba de normalidad

	Pruebas de normalidad			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Autogestión hospitalaria	,100	143	,001	,943	143	,000
Prevención de eventos adversos	,101	143	,001	,925	143	,000

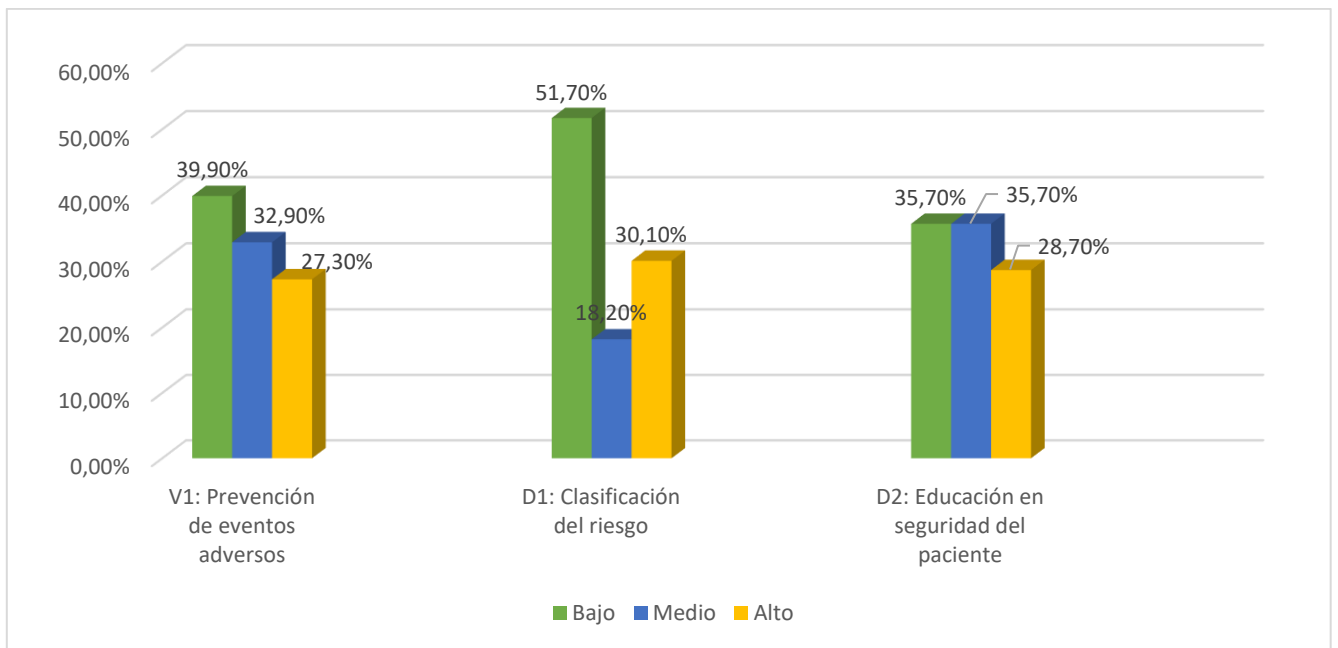
a. Corrección de significación de Lilliefors

**Figura 1 Representación gráfica de la variable autogestión hospitalaria y dimensiones**



Nota: tomado de la base de datos del estudio.

**Figura 2 Representación gráfica de la variable prevención de eventos adversos y dimensiones**



*Nota: tomado de la base de datos del estudio.*