

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE  
HUANCAVELICA**

*(Creada por Ley N° 25265)*



**ESCUELA DE POSGRADO  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**TESIS**

**GESTIÓN DEL CUIDADO Y SEGURIDAD  
DEL PACIENTE EN LA SANIDAD - POLICÍA  
NACIONAL DEL PERÚ, HUANCATELICA 2022**

**LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:  
GESTIÓN DEL CUIDADO**

**PRESENTADO POR:**

Bach. ALLASI PARI, Tania Consuelo

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN  
CIENCIAS DE LA SALUD**

**MENCIÓN EN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN  
SERVICIOS DE SALUD**

**HUANCAVELICA, PERÚ**

**2022**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA  
(Creada por ley 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA  
UNIDAD DE POSGRADO

ACTA DE SUSTENTACIÓN  
(Resolución N° 21-2022-R-UNH)

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En sesión ordinaria virtual, con el uso de la herramienta "Google Meet" para video conferencias, desde la sala virtual de sustentación de los integrantes de miembros de jurado evaluador, conformado por los docentes:

PRESIDENTE : Dra. Lida Ines Carhuas Peña  
<https://orcid.org/0000-0002-4298-0751>  
DNI N° 21283386

SECRETARIO : Dr. Guido Flores Marin  
<https://orcid.org/0000-0003-0213-8225>  
DNI N° 40478035

VOCAL : Mg. Edwin Jony Toral Santillan  
<https://orcid.org/0000-0001-7366-8472>  
DNI N° 23272401

Asesor: Dra. Charo Jacqueline Jauregui Sueldo

De conformidad al Reglamento Único de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Huancavelica, aprobado mediante Resolución N° 0330-2019-CU-UNH y ratificado con Resolución N° 0552-2021-CU-UNH, asimismo,

De conformidad con la Directiva N° 001-VRAC-UNH "Normas para la Sustentación de Tesis, Trabajos de Investigación, Trabajos Académicos y Trabajos de Suficiencia Profesional, para optar Grados y Títulos Profesionales no Presencial o Virtual en la UNH, en el marco del estado de emergencia COVID-19".

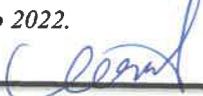
La candidata al GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD MENCIÓN EN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD.

Doña: ALLASI PARI, Tania Consuelo, identificada con DNI N° 23272890; procedió a sustentar su trabajo de investigación titulado: GESTIÓN DEL CUIDADO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA SANIDAD - POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ, HUANCAVELICA 2022.

Luego de haber absuelto las preguntas que le fueron formulados por los miembros del jurado, se dio por concluido al ACTO de sustentación virtual, realizándose la deliberación y calificación de manera sincrónica, resultado:

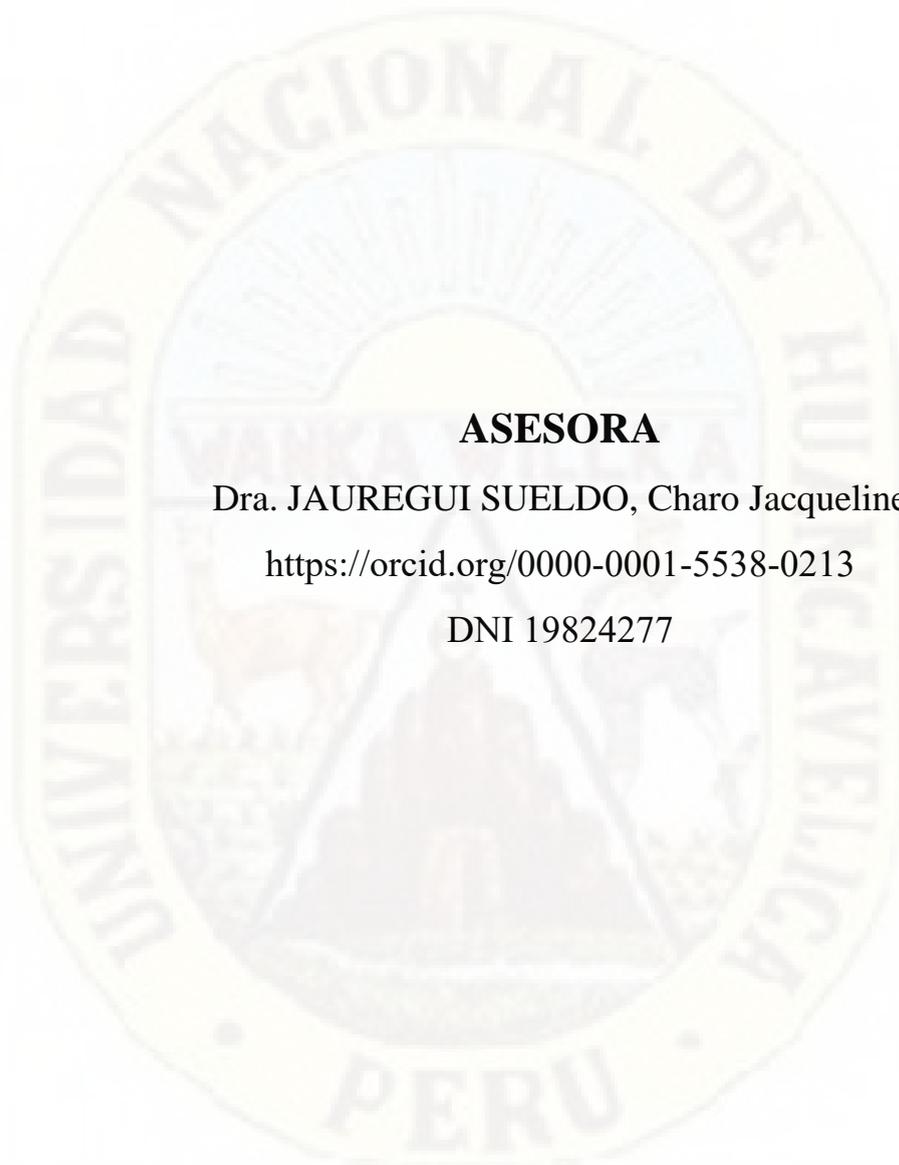
Con el calificado: *Aprobado por Unanidad*

Y para la constancia se extiende la presente ACTA de manera virtual, a los dos días del mes de junio del año 2022.

  
Dra. Lida Ines Carhuas Peña

  
Dr. Guido Flores Marin

  
Mg. Edwin Jony Toral Santillan

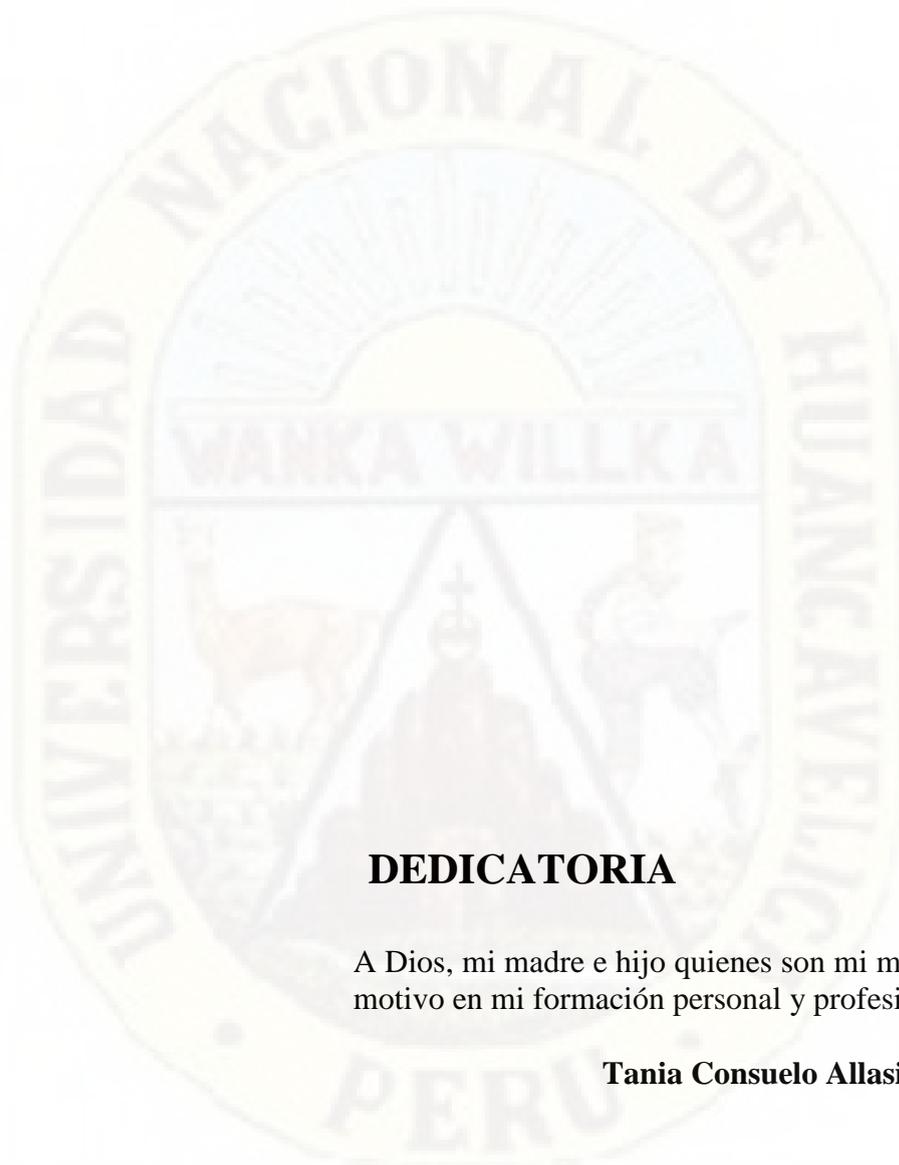


**ASESORA**

Dra. JAUREGUI SUELDO, Charo Jacqueline

<https://orcid.org/0000-0001-5538-0213>

DNI 19824277



## **DEDICATORIA**

A Dios, mi madre e hijo quienes son mi motor y motivo en mi formación personal y profesional.

**Tania Consuelo Allasi Pari.**

## RESUMEN

La tesis tuvo como objetivo general determinar la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022. Empleó el estudio descriptivo, correlacional, inductivo-deductivo y específico, con diseño no experimental transeccional descriptiva y correlacional, contó con una población de 1092 efectivos policiales de los cuales se obtuvo una muestra 284. Resultados: existe mayor cantidad de policías de sexo masculino 58.10% (165), la edad más frecuente está entre los 25 a 34 años 69.01% (196); el 100% (284) son policías con condición laboral nombrada; la mayor frecuencia de tiempo de servicio está entre los 6 a 10años; 61.27% (174) policías expresan que la gestión del cuidado es adecuado y la seguridad del paciente es buena; a diferencia de 26.06% (74) que manifiesta que la gestión del cuidado es inadecuado y la seguridad del paciente mala. Dentro de las dimensiones de la gestión del cuidado y seguridad del paciente que resaltan tenemos 27.46% (78) mencionan que la dimensión estructura es inadecuado y la seguridad de la paciente mala; 24.65% (70) expresan que la dimensión proceso es adecuado y la seguridad de la paciente mala; un 2.11% (06) expresan que la dimensión resultados es inadecuado y la seguridad de la paciente mala. Concluyendo que existe relación positiva fuerte entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú de Huancavelica con un valor de “rho” = 0,927 ( $p=0,000<0.05$ ).

Palabras clave: Gestión del cuidado; seguridad del paciente; policía.

## ABSTRACT

The general objective of the thesis was to determine the relationship that exists between the management of patient care and safety in the Health - National Police of Peru - Huancavelica 2022. It used the descriptive study, correlational level, inductive-deductive and specific method, with a non-specific design. descriptive and correlational cross-sectional experimental study, had a population of 1092 police officers, of which a sample of 284 was obtained. Results: there is a greater number of male police officers 58.10% (165), the age of greatest frequency is between 25 to 24 years 69.01% (196); 100% (284) are police officers with named employment status; the highest frequency of service time is between 6 to 10 years; 61.27% (174) police officers express that care management is adequate and patient safety is good; unlike 26.06% (74) police officers who state that care management is inadequate and patient safety is poor. Within the dimensions of care management and patient safety that stand out, we have 27.46% (78) mention that care management in its structural dimension is inadequate and patient safety is poor; 24.65% (70) express that care management in its process dimension is adequate and patient safety is poor; 2.11% (06) express that care management in its results dimension is inadequate and patient safety is poor. Concluding that there is a strong positive relationship between care management and patient safety in the Health of the National Police of Peru in Huancavelica with a value of " $\rho = 0.927$  ( $p=0.000<0.05$ ).

Keywords: Care management; patient safety; pólíce.

# ÍNDICE

ACTA DE SUSTENTACIÓN .....	ii
ASESORA .....	iii
DEDICATORIA .....	iv
RESUMEN .....	v
ABSTRACT.....	vi
ÍNDICE .....	vii
ÍNDICE DE TABLAS .....	ix
ÍNDICE DE FIGURAS.....	x
INTRODUCCIÓN .....	xi
CAPÍTULO I .....	12
EL PROBLEMA.....	12
1.1 Planteamiento del Problema.....	12
1.2 Formulación del Problema.....	16
1.2.1 Problema general.....	16
1.2.2 Problemas específicos .....	16
1.3 Objetivos .....	17
1.3.1 Objetivo general.....	17
1.3.2 Objetivos específicos .....	18
1.4 Justificación .....	18
CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 Antecedentes de la investigación .....	20
2.2 Bases teóricas .....	27
2.3 Formulación de hipótesis .....	38
2.4 Definición de términos.....	39
2.5 Identificación de variables .....	40
2.6 Operacionalización de Variables.....	41
CAPÍTULO III.....	47
METODOLOGÍA.....	47
3.1 Tipo de investigación.....	47

3.2	Nivel de investigación.....	47
3.3	Método de investigación.....	47
3.4	Diseño de investigación.....	48
3.5	Población, muestra y muestreo.....	49
3.6	Técnica e instrumento de recolección de datos.....	50
3.7	Técnica de procesamiento y análisis de datos.....	52
3.8	Descripción de la prueba de hipótesis.....	53
CAPÍTULO IV.....		54
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....		54
4.1	Presentación e interpretación de datos.....	54
4.2	Discusión de resultados.....	63
4.3	Proceso de Prueba e Hipótesis.....	66
CONCLUSIONES.....		70
RECOMENDACIONES.....		71
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....		72
ANEXOS.....		79
ANEXO N° 01: Matriz de Consistencia.....		A
Anexo N° 02: Instrumento de Recolección de Datos.....		C
Anexo N° 03: Consentimiento Informado.....		L
Anexo N°04: Base de datos.....		M
Anexo N° 05: Artículo Científico.....		O

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Características de la población de estudio en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.	54
Tabla 2	Relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión estructura y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.	56
Tabla 3	Relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión proceso y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.	57
Tabla 4	Relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión resultados y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.	58
Tabla 5	Relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.	59
Tabla 6.	Relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.	60
Tabla 7	Relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.	61
Tabla 8	Relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.	62

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Características de la población de estudio en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.	55
Figura 2	Relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión estructura y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022	56
Figura 3	Relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión proceso y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.	57
Figura 4	Relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión resultados y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.	58
Figura 5	Relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.	59
Figura 6.	Relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.	60
Figura 7	Relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.	61
Figura 8	Relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022	62

## INTRODUCCIÓN

En la presente tesis se abordó la variable gestión del cuidado la cual “es una labor rigurosa que requiere para analizar, deducir, discernir y conocer; vale decir, la aplicación de juicio de parte del profesional de la salud, sustentado en el ser, saber y quehacer”. También se establece como “arte del cuidado empleando la creatividad y estética de la ciencia. Se manifiesta a través de las relaciones interpersonales y en el empleo de diversos procedimientos y técnicas, vinculando la reflexión, integración de creencias-valores, análisis, aplicación del conocimiento, juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado” (31). Estableciendo que el cuidado constituye el objetivo principal del profesional de la salud en todas sus áreas o servicios que brinda cada institución prestadora del servicio.

También se abordó la variable seguridad del paciente, la cual “es un elemento clave y prioritario de la calidad. Los errores y la falta de calidad redundan en perjuicios para usuarios y profesionales y aumentan los gastos sanitarios”. “La mayoría de estos errores se relacionan con el entorno asistencial, por lo que es necesario ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad personal y la negligencia individual: es la organización en su conjunto la que requiere ser evaluada y en donde deben implementarse actuaciones de mejora” (42).

La tesis tuvo como objetivo Determinar la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022 y como hipótesis si existe relación entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022. La tesis cuenta de cuatro capítulos, dentro de los cuales se establecen El Problema, donde se realizó una descripción de la situación problema que incentivo a estudiarla, así mismo; cuenta con el Marco Teórico, en la cual se consigna antecedentes, teoría y conceptos que respaldan al estudio realizado; de la misma forma se evidencia la Metodología, en donde se incorpora los procesos metodológicos de investigación científica y por último se consigna la Presentación de Resultados, que aborda los hallazgos establecidos durante el estudio realizado. Por último, contempla la bibliografía empleada, conclusiones, recomendaciones y anexos.

La autora.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento del Problema

Las organizaciones, instituciones de salud a nivel mundial comparten gran cantidad de problemas análogos respecto al costo y cuidado, pero cada zona a nivel país, regional, comunidad y familia también tienen desafíos sobre referentes a factores demográficos, de gobierno, financieros y clínicos con énfasis a nivel local (1).

Las instituciones de salud no se encuentran exentas de la velocidad de transformación y cambio que se vive en la actualidad por el proceso de globalización (2). Además, “existe una atención no regulada de carácter comercial, los límites entre agentes públicos y privados no están claros y la negociación de las prestaciones y los derechos está cada vez más politizada”. Así mismo, la era de la información está transformando las relaciones entre ciudadanos, profesionales y políticos (2). Un estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre la situación mundial de la salud, evidencia las tendencias de los procesos mórbidos; por ejemplo: la depresión subió desde el 4to lugar el año 2000 al 2do el año 2020 (2).

En un entorno cada vez más complejo, sus actores, principalmente, los médicos y enfermeras, tendrán que hacer esfuerzos para adaptarse al cambio, para cubrir las nuevas necesidades y expectativas que en torno a la salud demande la

población (2). La orientación del sistema sanitario hacia la conservación de la salud, en contraposición con la antigua orientación hacia el tratamiento de la enfermedad, implica nuevos roles para los profesionales de enfermería en este ámbito de actuación, obligándolos a desarrollar responsabilidades de fomento, promoción y prevención en salud, seguimiento y control de las enfermedades crónicas (2).

En el mundo hay más del 80% de los profesionales que se encuentra en países cuyas poblaciones, en conjunto, representan la mitad de la población mundial (3). En el mundo se estima un déficit de 5,9 millones de profesionales de la salud, y se estima que el 89% (5,3 millones) de esta carencia se encuentra en los países en vías de desarrollo de bajos y medianos recursos (3).

En América Latina existen un aproximado de 28 millones de profesionales de primera línea, haciendo un 30%, unos 8,4 millones, representando un 56% de la potencia laboral del sector salud, siendo un porcentaje mucho más bajo al promedio mundial, el cual es de 59%; la mayor frecuencia corresponde a profesionales de enfermería y la diferencia porcentual a otros profesionales (3). En los Estados Unidos “la tercera causa de muerte son los eventos adversos en pacientes hospitalizados seguida de las enfermedades del corazón y el cáncer, causando al menos 250000 muertes cada año. Estos eventos impactan negativamente en la eficiencia de la gestión del cuidado en los hospitales y hablando en términos económicos representa un 12 a un 15% del gasto hospitalario” (4).

De acuerdo a la OMS (5) anualmente se producen 134 millones de sucesos adversos, debido a una atención insegura en las instituciones prestadoras de servicios de salud en países de ingresos bajos y medios, provocando 2,6 millones de decesos. “En diferentes estudios se estimaron que alrededor de 2/3 tercios de todos los eventos adversos resultantes de una atención poco segura y los años perdidos por discapacidad y muerte se producen en países de ingresos bajos y medios”.

Los sucesos adversos pueden estar en relación con problemas en la gestión del cuidado, en la seguridad del paciente, a la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema (6). “La mejora de la seguridad del paciente

requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria” (6).

En esa línea, la Red Internacional de Gestión del Cuidado (RIGC), perteneciente a las Redes Internacionales de las Américas (RIENFA), ha sido creada con el objetivo de difundir intereses, saberes y experiencias respecto a la gestión del cuidado, engarzando teoría y práctica, a través del desarrollo de avances que concienticen la práctica profesional y colaboren con las mejoras en la calidad y seguridad de los cuidados (7).

En Chile, los profesionales de primera línea, representan el grupo ocupacional más grande de la fuerza de trabajo del cuidado para la salud (70% del total) (8). Entregando el mayor porcentaje de atención en todos los niveles del continuo del cuidado, lo que representa una proporción significativa de los costos operativos de las respectivas instituciones de salud (8). Y según la OMS, “el personal de primera línea abarca la atención autónoma en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias” (9). “Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”.

La situación de la salud del Perú es diversa, existen muchas diferencias, las cuales se relacionan con el nivel socioeconómico (pobreza; desigualdades sociales, malas condiciones de vida y escaso acceso a servicios de salud) (10). Lo que explica las enormes brechas que existen entre la población urbana y la rural (10).

El rol del sistema de salud del Perú “deviene, particularmente, relevante a través de la ausencia o presencia de barreras de acceso a los servicios de salud individuales o colectivos y a la cobertura o capacidad del sistema para responder a las necesidades de salud de la población” (11). El Ministerio de Salud peruano mencionó que “dista mucho de los estándares de calidad recomendados, con notables deficiencias en la capacidad resolutoria debido a la falta de métodos de

ayuda diagnóstica, falta de equipamiento y deficiencia en la adquisición de medicamentos e insumos; es inadmisibles que un hospital de nivel referencial no cuente con estudios de imagen como resonancia magnética nuclear o angiografías; y otros” (12).

Muchos pacientes necesitan una atención en la que se requiere la toma de decisiones conjuntas entre varios actores y/o servicios (12). La estructura actual de atención, en la mayoría de los hospitales, hace que la evaluación a través de interconsultas sea tediosa e ineficiente (12).

El sistema de gestión de la calidad en salud que el Ministerio de Salud preside, “se enmarca dentro de los lineamientos de política del sector salud, que se traduce en políticas y objetivos de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la mejora de la calidad de atención” (13).

La calidad en la prestación de los servicios de salud de la Dirección de Salud de la Policía Nacional del Perú (Dirsapol) es sin duda el accionar medular en la gestión de los servicios en salud, no sólo por la cumplir o aspirar a la mejora de los servicios institucionales en las dependencias u organismos del sector, sino, sobre todo, porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable de la institución (15).

En Lima en un estudio realizado por Soto se identificó “un alto nivel de incumplimiento de las Normas Técnicas de Salud en los servicios de consulta externa, emergencia, farmacia, diagnóstico por imágenes y laboratorio que brindan los hospitales e institutos especializados de salud públicos a nivel nacional, lo que genera el riesgo de una inadecuada atención a los pacientes” (12).

El profesional de primera línea proporciona cuidados dentro de diferentes áreas asistenciales a enfermos con enfermedades que requieren una atención mediata e inmediata al encontrarse en situación crítica o que supone en riesgo su vida y enfermos en fase terminal, en el cual los profesionales de primera línea se desempeña asumiendo decisiones basadas en la experiencia y conocimientos científicos, respetando la ética profesional fundamentada en sus respectivos códigos de ética institucional (14).

La gestión clínica desarrollada en Hospitales Militares de Chachapoyas menciona que se requiere “aplicar conocimientos del ámbito clínico y gerencial para desarrollar sus 2 pilares fundamentales: la gestión médica de “curar” y la gestión de cuidado “cuidar”, dichos ejes o pilares de la atención sanitaria son además enriquecidos con la participación de otras disciplinas que ofrecen respuestas a los problemas de salud de la población, dándole el carácter multidisciplinario al proceso de atención de salud de acuerdo a las necesidades del individuo, familia y/o comunidad” (15).

En la actualidad el usuario que llega a la Sanidad de la Policía Nacional de Salud requiere una atención, es mucho más exigente, expresando diversas razones, para que la prestación del servicio sea inmediata y de calidad. El usuario exige que se le presten servicios óptimos y oportunos, lo cual el personal de salud que trabajan en estos espacios sanitarios debe de trabajar en competencias científicas y principios éticos además de actitudes y habilidades que respondan a sus necesidades, ello se traduce en la relación que hay entre gestión de cuidados y por consiguiente la perspectiva de garantizar la seguridad en la atención. Respecto a la calidad y cuidado que brinda el profesional de salud en la sanidad de la PNP de Huancavelica a través de un sondeo con preguntas cerradas aplicadas a pacientes que ingresaban por un servicio obteniendo resultados 33% no sabe no opina, 26% considera que la calidad de atención que brinda el personal de salud es buena, 41% considera que es mala. En base a dicha información se plantea la siguiente pregunta.

## **1.2 Formulación del Problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Cuál es la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Cuál es la relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión estructura y la seguridad del paciente en la Sanidad de la

Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022?

- ¿Cuál es la relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión proceso y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión resultados y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022?
- ¿Cuáles la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar a la población de estudio la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.
- Establecer la relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión estructura y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.
- Precisar la relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión proceso y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.
- Identificar la relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión resultados y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.
- Establecer la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.
- Precisar la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.
- Identificar la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.

### **1.4 Justificación**

De acuerdo al Decreto legislativo 1175 los recursos asignados a la asistencia sanitaria dentro de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica constituye un gran problema, el cual debe ser abordado de forma inmediata. La poca implementación de equipos, insumos y medicamentos es un riesgo para el proceso de brindar con calidad la atención al usuario. El personal de salud asimilado a la PNP debe ingeniarse acciones que favorezcan a la práctica las acciones de medicina en varios casos, a veces lo hace empleando herramientas poco usuales. Esto genera enormes inequidades en la capacidad de resolutive abordar enfermedades de gravedad, específicamente aquellas que son de

atención urgente. Adicionando a esto situación el factor socioeconómico de los usuarios, la carencia de acceso o el acceso inequitativo que se vislumbra en el día a día y los procesos burocráticos que limitan el acceso, considerándose motivos que no debieran ser factores que influyan en el acceso a la atención y se debatan entre la vida o la muerte en pleno siglo XXI en un país considerado como de recursos medios a altos como lo es el Perú.

También se abordó la variable seguridad del paciente que se aplicó en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica, la cual es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido por Organismos como la OMS, la OPS y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa (6).

Durante la labor desempeñada como profesional de la salud en las instalaciones de la Sanidad de Policía Nacional del Perú-Huancavelica, se ha evidenciado situaciones negativas con respecto a la gestión del cuidado y seguridad del paciente que brinda la institución a sus usuarios internos y externos tales como: espacios reducidos, áreas poco implementadas, materiales obsoletos, cantidad inadecuada de profesionales, procesos de información inexistentes, carencia de protocolos para eventos adversos entre otros aspectos que se traducen en deficiencias administrativas y de servicio.

La importancia radicó en que la gestión del cuidado y la seguridad del paciente continúa siendo el motivo de ser del trabajador de la salud y establece su propósito de estudio, por lo que se hizo prioritario para implementarlo en el establecimiento de interés para la investigación. Ello permitió generar y promover conocimiento científico desarrollado, proponiendo teorías y pilares basados en dichas variables.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes de la investigación**

##### **A nivel internacional**

**Castilla & Larios-Gómez, (2020)** en su estudio: “**La cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Hospital de la mujer (SSA) en Puebla**”. El objetivo de la investigación fue “analizar los factores de la Cultura de Seguridad del Paciente en el Personal de Enfermería del Hospital de la Mujer (SSA) Puebla, que permita definir acciones para mejorar la Cultura de Seguridad del Paciente”. Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, y no experimental. Se aplicó el cuestionario sobre la Cultura de Seguridad del Paciente, tuvo como muestra al 95% de confianza, a 72 enfermeras. Los resultados fueron, en su área de trabajo 40%, en su supervisor/jefe 51%, comunicación 30%, frecuencia de eventos adversos reportados 36%, 32 en grado de seguridad aceptable, cumple con el 44%, Concluye que, “los resultados no se consideran una fortaleza debido a que ninguna de las dimensiones cubren mayor del 75% de las respuestas positivas los criterios no se cumplen, por lo tanto todas las dimensiones se consideran como oportunidad de mejora” (16).

**Catalán-Ibars et al., (2020)** en su publicación: “**Incidentes relacionados con**

**la seguridad del paciente crítico durante los traslados intrahospitalarios”.**

Objetivo “analizar los incidentes relacionados con la seguridad del paciente (IRSP) durante los traslados intrahospitalarios (TIH) del paciente crítico tras la aplicación de un protocolo, así como sus factores de riesgo”. Diseño: Estudio de cohorte, prospectivo, observacional y no intervencionista. Resultados: De 805 traslados, urgentes (53,7%); para pruebas diagnósticas (77%), 112 traslados (13,9%) presentaron algún tipo de IRSP, 54% relacionado con el equipamiento y 30% con el equipo y la organización. En 19 (2,4%) hubo eventos adversos. Conclusiones “Tras la aplicación de un protocolo de TIH, los IRSP son bajos y el principal factor de riesgo es la ventilación mecánica invasiva. La experiencia del equipo que realiza el TIH influye en la detección de un mayor número de incidentes” (17).

**Molaina Mula et al., (2020)** en su publicación: **“Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria basada en la evidencia científica”**. El objetivo fue el de “evaluar la calidad de atención de enfermería identificando los obstáculos para implementar la Práctica Clínica Basada en la Evidencia mediante el cuestionario Nursing Work Index”. Estudio observacional descriptivo transversal, participaron 120 enfermeras. Los resultados reflejan que existe poca participación de la enfermera en los asuntos del hospital, poco apoyo por parte de los gestores e inadecuada dotación de plantilla. Conclusión, existe asociación entre estas categorías y los años de edad, profesión y años en la unidad. Así mismo “existen factores que están impactando de forma directa en la calidad de los cuidados y establecer estrategias que vayan dirigidas a mejorar los indicadores de calidad” (18).

**Porras & Dolores, (2019)** en su estudio: **“Gestión del cuidado enfermero en pacientes con tratamiento de quimioterapia en el área de clínica ambulatoria en un hospital de especialidades en la ciudad de Guayaquil”**.

Tuvo como objetivo: “Determinar la gestión del cuidado enfermero en pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia”. Diseño Metodológico: descriptivo, prospectivo, transversal empleó la técnica de la encuesta y observación indirecta. Resultados: 40 pacientes (hombres y mujeres); rango de

edad:61-70 años (40%); 51-60 años (23%); con tendencia al sexo femenino (70%); diagnósticos frecuentes: cáncer de mama (25%); cáncer de colon (22,5%); cáncer de cérvix (12,5%); Patrones funcionales alterados: Nutricional-Metabólico; Eliminación; Actividad- Ejercicio; Cognitivo-Perceptivo; Adaptación- Tolerancia. Diagnósticos Enfermeros: Protección ineficaz; Desequilibrio nutricional; Deterioro de la integridad cutánea; Estreñimiento/Diarrea; Intolerancia a la actividad física; Insomnio; Discomfort; Trastorno de la imagen corporal; Ansiedad. NIC: Motivación; Animación; valoración y registro de alteraciones de la piel. Conclusión: “la gestión del cuidado enfermero es conveniente y dependerá de las condiciones generales de los pacientes antes, durante y después del tratamiento” (19).

**Koikov et al., (2019)** en su publicación: “**Implementación de un nuevo modelo de gestión de la atención de enfermería en la república de kazajstán: resumen de políticas**”. Objetivos: “Las enfermeras juegan un papel clave en el sistema de salud”. 105.441 personas (1 de enero de 2019), representa más del 40% de todos. Métodos, estudio de análisis de casos. Resultados: Se desarrolló el Policy Brief sobre los temas de implementación de un nuevo modelo de gestión de CN. Como opciones políticas clave, propusimos: 1. Mejorar la gestión de CN en las organizaciones de salud a partir de una revisión del papel del personal de enfermería en el proceso de tratamiento y diagnóstico; 2. Mejorar el sistema de cualificaciones sectoriales de los especialistas en enfermería de acuerdo con las directivas europeas; 3. Asegurar el desarrollo de prácticas de enfermería basadas en evidencia con la implementación de estándares y modelos internacionales generalmente aceptados, el desarrollo de guías y estándares nacionales para CN. Conclusiones: “Las medidas propuestas contaron con el apoyo del Ministerio de Salud y fueron incluidas en los planes de acción. Cada una de estas opciones de política contribuye a aumentar la eficacia de la CN en el sistema de salud de Kazajstán, pero estas opciones proporcionan un logro más sustancial del objetivo de mejorar el papel y el estatus de una enfermera con su implementación combinada” (20).

**Naldy Febré, Eu. Katherine Mondaca-Gómez, Eu. Paula Méndez-Celis**

**Ms, (2018) “Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición”.** El presente trabajo tuvo como objetivo “contribuir a la calidad del cuidado enfermero desde el punto de vista de su gestión, implementación y medición de resultados”. “Se revisaron conceptos como calidad del cuidado, vigilancia epidemiológica de eventos adversos, calidad de los servicios de enfermería, indicadores de seguimiento, análisis e intervenciones y programas de intervención”. Concluye que “se debe realizar esfuerzos colaborativos de los distintos niveles, para el desarrollo de un conjunto de indicadores orientados a evaluar la gestión del cuidado” (21).

**Jesús Molina Mula, Janeth Vaca Auz, Paulina Muñoz Navarro, (2016), “Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria basada en la evidencia científica”.** El objetivo fue el de “evaluar la calidad de atención de enfermería identificando los obstáculos para implementar la Práctica Clínica Basada en la Evidencia mediante el cuestionario Nursing Work Index”. Estudio observacional descriptivo transversal, participaron 120 enfermeras. Los resultados “reflejan que existe poca participación de la enfermera en los asuntos del hospital, poco apoyo por parte de los gestores e inadecuada dotación de plantilla. Se han observado asociaciones entre estas categorías y los años de edad, profesión y años en la unidad”. Se concluye que “los gestores deben ser conscientes de cómo estos factores están impactando de forma directa en la calidad de los cuidados y establecer estrategias que vayan dirigidas a mejorar los indicadores de calidad” (22).

**Judith Hermila Delgado Osores, (2016), “Calidad del cuidado de enfermería según la percepción del familiar del paciente en el Servicio de Cirugía Pediátrica HNERM”.**, El Objetivo estuvo orientado a “determinar la calidad del cuidado de enfermería según la percepción del familiar del paciente pediátrico”. Material y Método: nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. Contó con una población de 41 familiares de niños hospitalizados, empleó el instrumento de escala tipo Likert modificada. Resultados: Del 100% (41), 44% (18) percepción favorable, 29% (12) medianamente favorable, y 27% (11) desfavorable. En la dimensión técnico-

científica, 41% (17) percepción favorable, 32% (13) medianamente favorable; y 27% (11), desfavorable; en la dimensión humana 52% (21) percepción medianamente favorable; 24% (10) favorable y 24% (10) desfavorable; y en la dimensión entorno 59% (24) medianamente favorable, 29% (12) favorable y 12% (5) desfavorable. Los aspectos medianamente favorables se dan porque 29% (12) enfermeras brindan cuidados durante las 24 horas, 29% (12) es indiferente frente al dolor del niño y 32% (13) proporciona privacidad al niño; lo favorable 83% (34) ejecutan procedimientos con habilidad, 73% (30) orientan sobre cuidados del niño post operado en el hogar, y 83% (34) se preocupa por tener ambientes limpios; mientras que lo desfavorable 5% (2) no hace participar a la familia en el cuidado del niño, 7% (3) expresa disgusto al hablar, y 5% (2) no se preocupa por el buen funcionamiento de las camas y cunas del servicio. Conclusiones. “La percepción de la mayoría es medianamente favorable a favorable, ya que la enfermera brinda cuidados durante las 24 horas del día, le proporciona privacidad, y orienta sobre los cuidados en el post operatorio, y un mínimo porcentaje expresa que es desfavorable, ya que sienten que la enfermera es indiferente al dolor, no hace participar al familiar en el cuidado del niño, y no se preocupa por el buen funcionamiento de las cunas y camas” (23).

### **A nivel Nacional**

**López Rivas et al., (2020)** en su estudio: “**Calidad del cuidado enfermero percibida por el cuidador primario en un Servicio de Medicina del MINSA**”. Objetivo: “Determinar la calidad del cuidado desde la perspectiva del cuidador primario en un servicio de medicina del MINSA, 2019”. Material y método: De enfoque cuantitativo, tipo descriptivo con corte transversal. Tuvo una muestra de 50 cuidadores primarios. Resultados: la edad oscila entre 30-50 años, con grado de instrucción secundaria y parentesco hija. En lo global se obtuvo que el 54% lo percibe como regular, el 24 % como buena y el 22 % como malo. Sobre la calidad en función a las dimensiones; la calidad técnica, es regular 60% y mala 28%. En relación a la calidad humana, es regular 50% y malo 26%. Con respecto a la calidad del entorno, resultó bueno 38% y malo

38%. Conclusiones: se concluye que la calidad percibida por los cuidadores primarios es regular (25).

**Zoraida Huaranga Galarza María Saico Ninahuaman, (2018) “percepción de calidad de atención de enfermería por el paciente oncológico atendido en los servicios del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma”,** Objetivo: “determinar la percepción de la calidad de atención de enfermería por el paciente oncológico atendido en los servicios del hospital Félix Mayorca Soto Tarma 2018”. Metodología: tipo descriptivo de corte transversal. Población: tuvo una población de 42 pacientes hospitalizados, utilizó la técnica de la entrevista. Resultados: la percepción del paciente oncológico sobre la calidad de atención de enfermería: 66.7% es Regular, 33.3% es Buena no existiendo una atención de mala calidad. Referente a las dimensiones: “La percepción del paciente oncológico según la dimensión interpersonal sobre la calidad de atención enfermería, 42.9% Buena y 57.1% regular calidad de atención”. La percepción del paciente oncológico según la dimensión técnica sobre la calidad de atención de enfermería, 23.8% Buena, 76.2% Regular. La percepción del paciente oncológico según la dimensión de entorno, sobre la calidad de atención de enfermería, 35.7% Buena, 64.3% Regular. Conclusión: “se afirma que la percepción del paciente oncológico sobre la calidad de atención de enfermería, en los servicios del hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, es Regular. En función a la dimensión interpersonal, técnica y de entorno también la percepción es de regular calidad de atención de enfermería. Al relacionar con las variables demográficas no existe influencia en la percepción de los pacientes ante la calidad de atención de enfermería” (24).

**Polo, (2018)** en su estudio: “**Efecto de la gestión del cuidado de enfermería en la calidad de atención del paciente en ventilación mecánica, Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo – Perú**”. Tuvo como objetivo “conocer el efecto que tiene la gestión del cuidado de enfermería en la calidad de atención en los pacientes con ventilación mecánica de las aéreas críticas como Emergencia, UCI, UCIN de adultos, y UCI de Neonatología del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de la Red Asistencial de EsSalud, La Libertad de la ciudad de

Trujillo”. Estudio deductivo, diseño descriptivo correlacional, la población incluyó 80 enfermeras, incluyendo como muestra el 100 %. Se encontró que, del total de 80 enfermeras, 25 % hace una gestión eficiente del cuidado y 75 % como deficiente. En la variable calidad de atención en ventilación mecánica, esta fue buena 55% y mala 45% en las enfermeras. “Así mismo, al relacionar la gestión del cuidado de enfermería con la calidad de atención en pacientes con ventilación mecánica buena 80.0% (16 enfermeras)”. Por otro lado, cuando la gestión del cuidado es deficiente (60 enfermeras), la calidad de atención es mala 55% (33 enfermeras). El estudio concluyó que existe relación directa entre la gestión del cuidado de enfermería con la calidad de atención de pacientes en ventilación mecánica en las áreas críticas del Hospital Víctor Lazarte Echegaray (26).

**Machuca Veliz & Chuquillanqui Anglas, (2018)** en su tesis: “**Gestión de la calidad del cuidado del paciente y satisfacción laboral del usuario interno del Hospital Regional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo**”. Tuvo como objetivo general: “Determinar la relación entre la Gestión de la calidad del cuidado con la satisfacción laboral del usuario interno en el servicio de emergencia del hospital Regional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo”. Investigación aplicada, correlacional, con una muestra de 31 usuarios internos de enfermeras asistenciales que laboran en el servicio de emergencia del hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo. Concluyendo: “existe una correlación positiva baja entre la Gestión de la calidad del cuidado con la satisfacción laboral del usuario interno en el servicio de emergencia del hospital Regional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo”, ya que el valor de “Rho de Spearman” es 0,300; asimismo se observa que  $p = 0,101$  entonces  $0,101 > 0,005$ , en consecuencia, se acepta la hipótesis nula ( $H_0$ ) y se rechaza la hipótesis alterna ( $H_a$ ). Por lo que no existe relación significativa pero luego de aplicar rho de Spearman solo se tiene una relación baja entre la Gestión de la calidad del cuidado y la satisfacción laboral del usuario interno en el servicio de emergencia del hospital Regional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo 2018” (27).

**Aliaga et al., (2017)** en su estudio: “**Gestión del cuidado enfermero y el rol docente en la práctica asistencial familiar comunitaria Lima-Norte Perú**”. Objetivos: “Determinar la gestión del cuidado enfermero y Rol docente en la práctica asistencial – familiar – comunitaria”. Material y Métodos: Corte transversal correlacional, tuvo una muestra de 60 docentes de una escuela de enfermería, en la correlación entre ambas variables tienen relación significativa moderada. Resultados: “Gestión del Cuidado, 95% siempre realizan coordinación y 5% a veces; Administración del cuidado, 94% siempre y 6% a veces realiza esta actividad; El docente asistencial, 92% siempre y el 8% a veces y en la interacción el 74% logran siempre y el 26% a veces. Rol Docente Asistencial, el 92% siempre asume el rol mientras el 8% a veces; Administrativo, el 66% siempre asume el rol y el 34% a veces; investigador, el 62% siempre asume el rol y el 38% a veces y rol docente siempre asume el rol, el 52% y el 48% a veces”. Conclusiones: “La enseñanza aprendizaje teórica práctica, deben nortear el rol docente articulando al rol del enfermero asistencial, compartiendo modelos de enseñanza aprendizaje innovadores con estudiantes que fortalezcan la práctica profesional humanizada y de cuidado de la vida” (28).

**Ramírez Preciado, (2017)** en su estudio tuvo como objetivo “describir la gestión del Cuidado de Enfermería en los Hospitales de complejidad II de la Región Áncash”, Se realizó el estudio en 08 hospitales de la región, La aplicación se realizó durante los meses de abril hasta agosto de 2017. Resultados: Los hospitales de Complejidad II de la región Áncash, tienen un 50% de cumplimiento de los indicadores de Gestión del Cuidado de Enfermería; 70% de cumplimiento, en la dimensión Estructura; un 38% de cumplimiento en la dimensión Proceso y un 42.5% de cumplimiento en la dimensión resultado (29).

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 Modelos y/o Teorías**

Según Kristen Swanson, “La Gestión del Cuidado de enfermería será entendida

como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina: la ciencia del cuidar” (30). Esta se define como “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución” Por lo tanto, su fin último es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria, acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad y que considere la mejor administración de los recursos, los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (30). Las enfermeras al prestar cuidados no deben perder la vista del individuo como un ser holístico, por lo que no sólo deben prestar atención a lo biológico, sino que saber escuchar con atención, esto constituye la fase inicial del dialogo y permite la comunicación con la persona, es más la enfermera/o debe ser capaz de respetar los derechos de los pacientes durante su cuidado, incluye la confidencialidad, derecho a la información, compañía, ayuda espiritual y participar del sistema de salud (30).

Swanson en Wojnar plantea que “independiente de los años de experiencia de una enfermera, los cuidados se dan como un conjunto de procesos secuenciales (subconceptos) creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimientos), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al cliente (estar con) las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el cliente) Por lo tanto los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica de los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por estar física y emocionalmente presente y representada por hacer y posibilitar al cliente”.

Sin duda como profesionales de enfermería “la mejor forma de sustentar nuestros conocimientos es a través de teorías que intentan explicar y definir diversos fenómenos relacionados con la disciplina. El rol gestor del cuidado que se atribuye a los profesionales de enfermería en Chile puede y debe ser

respaldado por conocimientos teóricos que aseguren la calidad de los cuidados hacia el usuario, tomando las mejores decisiones fundamentadas en teorías, de manera tal que sea respetado como profesional con conductas responsables de cuidado frente a la sociedad” (30).

## **2.2.2 Gestión de cuidado**

### **Cuidado**

El arte del cuidado “es la utilización creadora y estética de la ciencia. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado” (31).

El arte del cuidado, “ es el más imaginativo y creativo sentido del conocimiento al servicio del ser humano. Para ello el profesional de enfermería debe integrar los conocimientos de las artes, las humanidades, las ciencias sociales y conductuales en la asistencia humana” (31).

El cuidado constituye el objetivo principal del profesional de la salud. Peplau lo describe como “un proceso de relación interpersonal con fines terapéuticos de ayuda, donde esta interacción debe realizarse entre dos personas, enfermera-paciente, teniendo objetivos comunes, lo que supone respeto, desarrollo y aprendizaje entre los dos participantes de la interacción”. Peplau “destaca la importancia de la dimensión interpersonal en la calidad del cuidado de enfermería, según lo cual los cuidados de Enfermería van a tener lugar dentro de la relación terapéutica de ayuda” (32). “Los resultados de los cuidados se verán fortalecidos sólo si existe una buena relación enfermera- paciente” (32). Entonces sí, brindar cuidados significa: “ser responsable de proveer o encargarse de individuos que dependen de otros por sus condiciones o estado de salud”, podemos conceptualizar el Cuidado Enfermero como “conjunto de funciones que desarrolla la enfermera (o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio del método lo técnico-científico del proceso de Enfermería orientado a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando

terapéuticamente en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad” (32).

El profesional de la salud en las diferentes situaciones de enfermería se relaciona con pacientes y familiares, fundamentalmente a través de la comunicación, donde aplica diferentes elementos (32). “Esto favorece que la enfermera realice un plan de cuidado personalizado mediante una relación recíproca. Una buena relación enfermera-paciente contribuye con el mantenimiento de la salud, la propuesta de plan de cuidados y mejora la actividad del profesional de la salud” (32).

### **Gestión del cuidado**

La gestión del cuidado “es una labor rigurosa que requiere de análisis, deducción, discernimiento y conocimiento; es decir, la aplicación de juicio enfermero”, sustentado en el ser, saber y quehacer del profesional de salud como profesión y disciplina” (33). Lograr dichas competencias debería permitir a los profesionales posicionarse como gestores de cuidados en sus lugares de trabajo y actores de cambio, tanto en sus esferas de desempeño como en su ciudad, región, país en vez de tan solo escudarse tras la investidura que les otorga el marco legal (33).

La Gestión del Cuidado es vista como la primera línea de acción del profesional de la salud en donde el profesional debe cumplir con unas características propias como el liderazgo, la toma de decisiones y la capacidad integrar el proceso de salud con el contexto de la persona, a partir del marco normativo actual que fundamenta el sistema de salud y su acción como profesional (34).

La gestión del cuidado entendida como “el ejercicio profesional del profesional de la salud sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar, se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución” (35).

La práctica del cuidado en este contexto sugiere la creación de un cuidado basado en una concepción de la disciplina enfermera y orientado hacia lo que se

realiza con la persona o en nombre de ella, más que lo que se hace a la persona (técnicas) o para ella (dar un medicamento) (35).

Según Benner (1984) citado por Grajales (2004) “Ello plantea la necesidad de nuevos estilos de gestión dirigidos a un cuidado personalizado, basado en la experiencia particular de salud. Entonces el cuidado enfermero se convierte en específico, individual y contextual” (36).

Así, los planes de cuidado estandarizados elaborados para ciertas experiencias de salud que existen en la literatura, pueden servir de guía, pero los planes de cuidados individualizados son imprescindibles, es decir, utilizar el método de atención de enfermería en la práctica diaria será indudablemente necesario para hacer la diferencia (36).

La gestión del cuidado “incluye también la creación de instrumentos para la recolección de datos de manera sistemática, sobre su experiencia en salud y su entorno (individual, familiar, comunitario). Incluye el análisis reflexivo de los datos y su elaboración junto con el paciente y la familia de los objetivos de salud” (36). La enfermera debe realizar el diagnóstico de enfermería que resuma la respuesta de la persona a su experiencia en salud y la causa de esta respuesta (36). La planificación de las intervenciones “requiere de la ciencia y el arte de enfermería, que pueden variar según la concepción de la disciplina, pero que son generalmente guiadas por los principios inherentes al cuidado. Por ejemplo, el cuidado ofrecido a una persona en un entorno donde la tecnología es cada vez más sofisticada, como en las unidades de cuidado intensivo, necesita que la enfermera centre ante todo su atención en la persona para la que se han indicado las medidas especializadas” (36).

Otro aspecto de la Gestión del cuidado inherente a la práctica de enfermería y que merece ser señalado, “se trata de la colaboración interdisciplinaria que comprende la consulta entre colegas enfermeras, igual que la participación de enfermeras clínicas en el desarrollo de conocimientos y en la formación de futuras enfermeras”. La colaboración intradisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados y es algo que poco realizamos las enfermeras (36). “La identificación de enfermeras expertas y las consultas entre colegas enfermeras, los conocimientos compartidos, refuerzan

el potencial y la competencia del grupo profesional, mientras que los conocimientos celosamente guardados en un escritorio o en la mente de alguna enfermera experta no contribuyen a una práctica colaborativa de calidad” (36). La gestión de los cuidados, “se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería”; “es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería” (36). A partir de lo anterior Susan Kérouac (1996) define la gestión del cuidado enfermero como “un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud” (36).

El rol de la enfermera responsable de la gestión de los cuidados consiste en apoyar al personal que otorga cuidados. “La gestión de los cuidados va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de enfermería, esta gestión como proceso recurre a la creatividad, la indagación y la transformación en este sentido se considera heurístico” (36). La contribución de la enfermera jefe responsable de la gestión en enfermería es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles (36). “De esta manera las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos, ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y dentro de éste buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud” (36).

Así también al interior de los propios departamentos del profesional de salud, existen elementos que obstaculizan el entorno para una gestión efectiva tales como: personal escaso, con predominio femenino enfrentado a múltiples roles sociales (esposa, madre, profesionalista), alta rotación de personal, ausentismo, equipos de trabajo muy heterogéneos en su formación, escasa educación continua, con una cultura profesional débil de ayuda, servicio y altruismo; que además debe hacer frente a situaciones de estrés, angustia y dolor de los pacientes (36). “En fin, un personal responsable del cuidado que trabaja en un

medio ambiente altamente complejo y donde surgen en algunas ocasiones dilemas éticos” (36). “Desde esta perspectiva del entorno la gestión del cuidado requiere de la enfermera jefe, el ejercicio del liderazgo y la motivación, dos procesos esenciales para garantizar un cuidado de calidad”. El liderazgo permite influir en la acción de las personas responsables del cuidado en relación a su compromiso personal y de respeto a las personas, así, la enfermera gestora puede transmitir los valores del cuidado y asumir actitudes de apoyo para con el personal responsable del mismo y reducir los factores que obstaculizan un cuidado de calidad (36).

Así también es responsable de realizar acciones que motiven al personal, la motivación se puede medir por el grado de autonomía que las enfermeras adquieren y su nivel de responsabilidad en el cuidado (36). “La enfermera gestora tiene entonces el compromiso de generar un clima de trabajo favorable y participativo, debe hacer participar al personal en las decisiones, pedir la opinión del grupo, ser receptiva ante las demandas del personal, reconocer el trabajo, compartir la información, favorecer la creatividad, promover el espíritu de equipo, fomentar la autonomía y la capacitación de todos los miembros del grupo de cuidados” (36). La motivación del personal responsable del cuidado es esencial a fin de lograr un entorno propicio para el cuidado. Una enfermera satisfecha y estimulada por su trabajo será capaz de comprometerse en mejorar la calidad de los procesos de cuidado dirigidos a favorecer el confort, la comunicación, la curación y a promover la salud de las personas que cuida (36). La gestión de los cuidados está entonces orientada hacia la persona, el cliente, su familia, el personal de enfermería, los equipos interdisciplinarios (36). La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración (36). Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona (36).

### **Gestión de la calidad del cuidado**

La calidad “es un atributo actualmente exigible en todas las organizaciones y empresas, y la calidad de un producto o de un servicio no es resultado del azar;

la calidad requiere ser planificada en todo servicio o en cualquier producto” (37).

En las instituciones hospitalarias, enfermería tiene “la función de ofertar y brindar cuidados a los cuales se les exige sean de calidad; por ese motivo, la dependencia de enfermería (dirección o coordinación de enfermería) debe planear la calidad de los cuidados que oferta; sin embargo, en lo atinente a la entrega de cuidados de enfermería al usuario (sujeto de cuidado), no basta la sola planificación de la calidad del cuidado para garantizar la entrega de cuidados de calidad” (38).

Se puede concluir que por gestión “se entiende el conjunto de acciones que se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta o propósito; en cuyo resultado influye la utilización de los recursos” (39). El conjunto de acciones ejecutadas por el profesional en enfermería para cuidar representa grados variables de eficiencia, eficacia y efectividad, susceptibles de ser mejorados mediante la aplicación de técnicas y métodos que garanticen la óptima calidad (39).

El trabajo en equipo es una característica esencial de la gestión y de la filosofía de la calidad (40). “Un verdadero equipo está compuesto por pocas personas con habilidades complementarias y comprometidas en un propósito común” (40). En este sentido, “los equipos de mejoramiento deben articular todos los procesos de la institución prestadora de servicios de salud de segundo nivel. Su máxima expresión es el comité de control interno, también llamado consejo de calidad; sus integrantes se involucran en los procesos que han de favorecer a las respectivas áreas funcionales y estratégicas de negocios, con alto grado de participación, aunando esfuerzos, y compartiendo conocimiento sin delegar ni diluir la responsabilidad. Este modelo es aplicable a las áreas funcionales en su actividad interna” (40).

El área funcional de atención al cliente debe constituir equipos de mejoramiento interdisciplinarios para asegurar la calidad en el proceso de atención integrada (41). A diferencia de los círculos de calidad que, por supuesto, deben corresponder a los grupos interdisciplinarios que trabajan por el mejoramiento de sus procesos (41).

### **Dimensiones**

Dentro de las dimensiones establecidas se abordan los siguientes (41):

Estructura: ámbito que contempla los elementos estructurales (visión, misión, valores corporativos, objetivos estratégicos y política de calidad); elementos de planeación (plan operativo, objetivos de calidad del cuidado, presupuesto, modelo del cuidado, proceso de enfermería, requerimientos de talento humano, proceso de reclutamiento, manual de funciones, de procedimientos, guías/protocolos de cuidado, sistemas de información, indicadores); elementos de organización (proyección del cuidado, plan de acción de la jefatura, toma de decisiones, puesto de trabajo, asignación de talento humano y recursos, adherencia a las guías de procedimientos, adherencia a los protocolos de atención, respeta la organización, procesos comunicativos, sistemas de información de acuerdo a lo planeado); elementos de control y mejora (fomenta autocontrol, control, evaluación, avance logrado, identifica problemas, resuelve problemas, implementa decisiones, seguimiento cotidiano, mejora continua, rediseño, motiva y coordina) de la institución pública o privada en la que se consigna documentos de gestión como.

Proceso: ámbito que contempla los elementos de proceso-relación de capacitación (prácticas formativas, actividades de extensión, investigativas); elementos de proceso modelo enfermería (modelo de cuidado, instrumentos informativos, efectividad y eficiencia de los cuidados, gestión por competencias, gestión de conocimiento) de la institución pública o privada en la que se consigna documentos de gestión como.

Resultados: ámbito que contempla los elementos de resultado (satisfacción de usuarios interna-externa, coordinación-satisfacción-usuario externo, coordinación-prevención-eventos adversos, eficacia y eficiencia).

### **2.2.3 Seguridad del paciente**

Según Chambi (42), la seguridad del paciente “es un elemento clave y prioritario de la calidad”. “Los errores y la falta de calidad redundan en perjuicios para usuarios y profesionales y aumentan los gastos sanitarios” (42). La mayoría de estos errores se relacionan con el entorno asistencial, por lo que es necesario ir más allá de un modelo centrado en la depuración de la responsabilidad personal y la negligencia individual: es la organización en su

conjunto la que requiere ser evaluada y en donde deben implementarse actuaciones de mejora (42).

La seguridad del paciente hospitalizado hace referencia a la Seguridad Clínica que “es un componente clave de la calidad y un derecho de los pacientes reconocido por Organismos como la OMS, la OPS y el Comité Europeo de Sanidad del Consejo de Europa que recomiendan a los diferentes gobiernos situar la seguridad del paciente en el centro de todas sus políticas sanitarias” (42).

En el ámbito profesional “es del cuidado y la atención a pacientes hospitalizados, donde bajo circunstancias de confusión, estrés, enfermedad, desconocimiento del medio y sensación de amenaza, el paciente se encuentra más vulnerable a los riesgos del entorno, ya sean físicos o psicológicos” (42). Su capacidad de autoprotección puede estar comprometida por la disminución en la capacidad para protegerse de amenazas internas y externas (42).

### **Dimensiones de la Seguridad del paciente**

- **Seguridad en la información**

Durante un episodio de enfermedad o un período de atención, un paciente podría, potencialmente, ser tratado por una serie de facultativos médicos y especialistas en múltiples entornos, incluyendo atención primaria, atención ambulatoria especializada, atención de emergencia, atención quirúrgica, cuidados intensivos y rehabilitación (43). “En forma adicional, los pacientes se moverán a menudo entre áreas de diagnóstico, tratamiento y atención en forma regular, y podrán encontrarse con tres turnos de personal por día, suponiendo esto un riesgo de seguridad para el paciente en cada intervalo” (43). “La información facilitada a los pacientes y sus familiares en relación a su estado de salud, desde el punto de vista médico y sobre los cuidados de Enfermería, tiene una gran importancia, en general durante la hospitalización, y especialmente durante el ingreso en la Unidad de cuidados intensivos la comunicación (Nanda 00157) responde a la necesidad de seguridad y de comunicación que tiene el usuario/ familia, mejorar la comunicación (NOC) es el propósito que los profesionales de

Enfermería perseguimos, apoyados en las estrategias necesarias, a través de la formación para la competencia profesional, y en el diseño y desarrollo de programas de comunicación, teniendo en cuenta las aportaciones de usuarios y familia, integrados en los cuidados de Enfermería al ingreso (NIC), a su vez los criterios, actividades y cronograma, vendrán especificados en el Plan de acogida a los profesionales de nueva incorporación con el fin de favorecer el seguimiento de pautas comunes y la calidad en el proceso asistencial” (43).

- **Seguridad en el entorno**

“Dentro de los factores extrínsecos se considera a toda la infraestructura y equipos que forman parte del tratamiento y recuperación del paciente en una unidad hospitalaria que es la Unidad donde se mantiene en observación y bajo vigilancia médica y de enfermería al paciente con padecimientos médicos y/o quirúrgicos para su diagnóstico y tratamiento” (43).

- **Seguridad eventos adversos**

La atención de Enfermería “es un servicio fundamental en procesos terapéuticos tanto ambulatorios como de internación en cualquier institución de salud”. El contacto del enfermero con las personas que son atendidas en instituciones de salud suele ser permanente y constante (43). En este sentido, Enfermería realiza procedimientos encaminados a cuidar la salud del usuario y propender por el restablecimiento de la misma cuando una persona se encuentra enferma y posteriormente en la rehabilitación, cuando la enfermedad ha dejado sus secuelas (43).

En este proceso de salud - enfermedad se suceden intervenciones que revelan la importancia de la Enfermería en los resultados de salud que se obtienen de la asistencia sanitaria (43). Por tanto, “es vital evaluar las acciones de Enfermería encaminadas a la seguridad del paciente y la importancia de las mismas en el actuar de ésta, como una manera de gestión de riesgo sanitario dentro del proceso de atención asistencial” (43).

“La seguridad del paciente, como una de las dimensiones claves de la calidad asistencial, se convierte en un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud. Uno de los principales enfoques, es el

desarrollo de indicadores para la monitorización de la calidad de atención, con el objetivo de comparar instituciones, identificar oportunidades de mejora y evaluar el impacto de las intervenciones” (43).

## **2.3 Formulación de hipótesis**

### **2.3.1 Hipótesis general**

Existe relación entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.

### **2.3.2 Hipótesis específicas**

- Existe relación entre la gestión del cuidado en su dimensión estructura y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.
- Existe relación entre la gestión del cuidado en su dimensión proceso y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.
- Existe relación entre la gestión del cuidado en su dimensión resultados y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.
- Existe relación entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.
- Existe relación entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.
- Existe relación entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.

## 2.4 Definición de términos

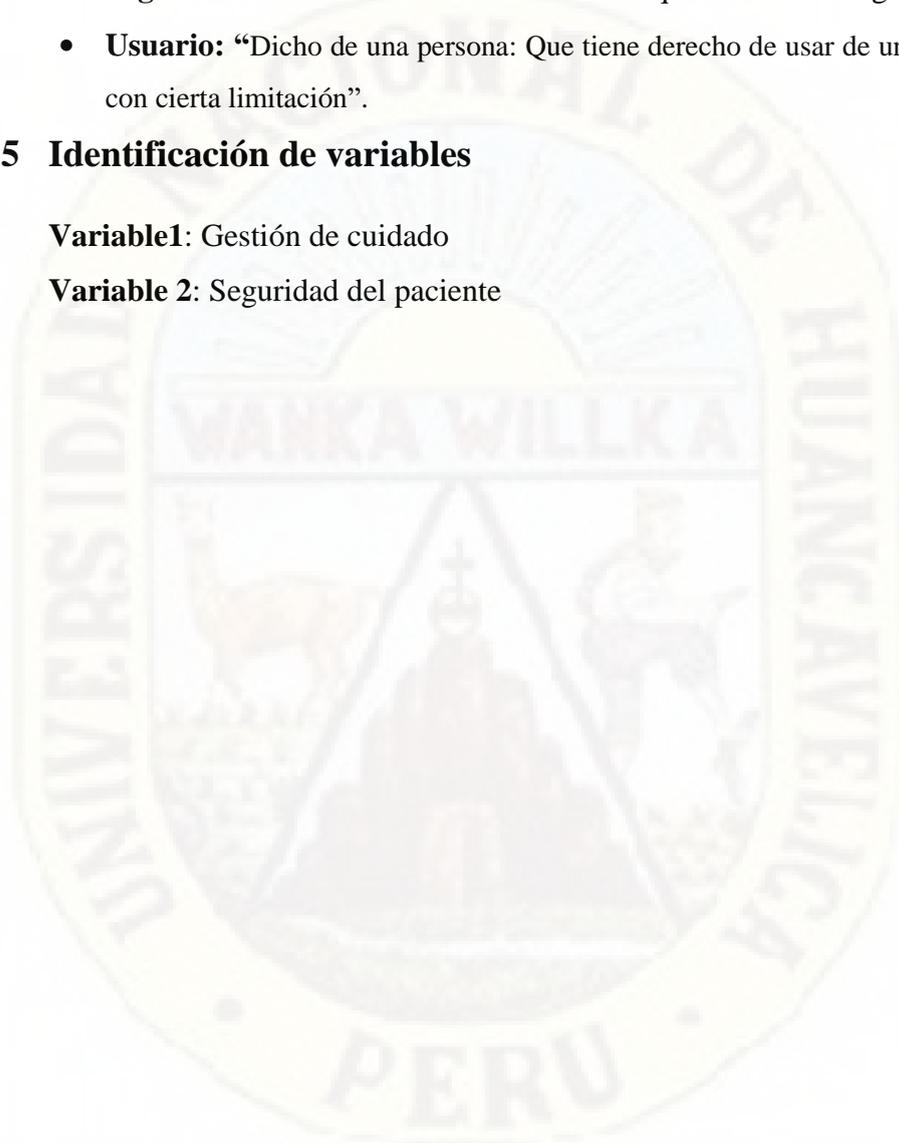
- **Adverso:** “Problema médico inesperado que sucede durante el tratamiento con un medicamento u otra terapia”.
- **Atención de entorno:** “Expresión de la importancia que tiene para la atención del marco en el cual esta se desarrolla, es decir, el medio del centro hospitalario”.
- **Atención interpersonal:** “Comunicación adecuada y fluida en una relación paciente – profesional de salud”.
- **Atención técnica:** “Adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza”.
- **Calidad:** “Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite en juzgar su valor”.
- **Calidad de atención:** “Consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médica de manera tal que maximice sus beneficios a la salud sin aumentar al mismo tiempo los riesgos”.
- **Cuidar:** “Poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo”.
- **Entorno:** “aquello que rodea a algo o alguien”.
- **Elemento:** “parte constitutiva o integrante de algo”.
- **Gestión:** “acción que se realiza para resolver una cosa, en especial es administrativa o requiere documentación ir a hacer gestiones”.
- **Información:** “conjunto organizado de datos procesados que constituyen un mensaje”.
- **Servicio:** “Conjunto de actividades que buscan satisfacer las necesidades de un cliente”.
- **Organización:** “acto de disponer y coordinar los recursos disponibles”.
- **Modelo:** “construcciones mentales que permiten una aproximación a la realidad de un fenómeno”.
- **Paciente:** “persona que sufre de dolor y malestar y, por ende, solicita asistencia médica”.

- **Planeación:** “etapas iniciales del proceso administrativo”.
- **Policía:** “fuerza de seguridad encargada de mantener el orden público”.
- **Sanidad:** “se refiere a la atención de la salud de la sociedad humana”.
- **Seguridad:** “Sensación de total confianza que se tiene en algo o alguien”.
- **Usuario:** “Dicho de una persona: Que tiene derecho de usar de una cosa ajena con cierta limitación”.

## 2.5 Identificación de variables

**Variable1:** Gestión de cuidado

**Variable 2:** Seguridad del paciente



## 2.6 Operacionalización de Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Subdimensión	Indicadores	Índice
Gestión del cuidado	“Labor rigurosa que requiere de análisis, deducción, discernimiento y conocimiento; es decir, la aplicación de juicio enfermero”, sustentado en el ser, saber y quehacer del profesional de salud como profesión y disciplina” (33).	“Manifestación expresa de la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados, oportunos, seguros e integrales, que aseguren la continuidad de la atención y que se sustenten en políticas y lineamientos estratégicos de la institución”. El cual será alcanzado a través del	Estructura	Elementos de estructura del servicio	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Misión</li> <li>– Visión</li> <li>– Valores corporativos</li> <li>– Objetivos estratégicos</li> <li>– Política de calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Si</li> <li>– No</li> </ul>
				Elementos de planeación	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plan Operativo</li> <li>– Objetivos de Calidad del cuidado</li> <li>– Presupuesto</li> <li>– Modelo de Cuidado</li> <li>– Proceso de Enfermería</li> <li>– Requerimientos de talento humano</li> <li>– Procesos de reclutamiento</li> <li>– Manual de funciones</li> <li>– Manual de procedimientos</li> <li>– Guías/protocolos de cuidado</li> <li>– Sistema de información</li> <li>– Indicadores (riesgos de caídas)</li> <li>– Indicadores (identificación correcta)</li> <li>– Indicadores (riesgos de UPP)</li> <li>– Indicadores (rondas de seguridad)</li> </ul>	

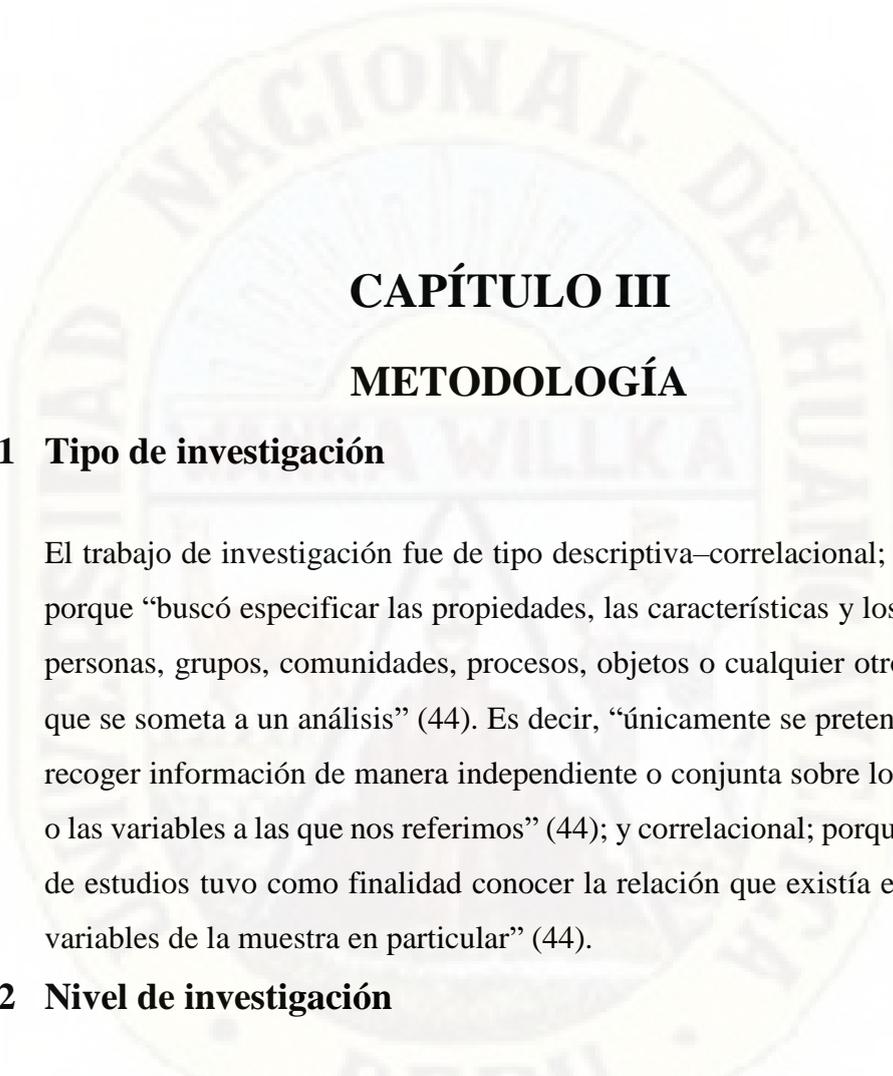
		<p>questionario de gestión del cuidado en enfermería. Baremos. Adecuada: En proceso: Inadecuada:</p>		<p>Elementos de organización</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proyección del Cuidado</li> <li>- Plan de acción de la jefatura</li> <li>- Toma de decisiones</li> <li>- Puestos de trabajo</li> <li>- Asignación de talento humano y recursos</li> <li>- Adherencia a las guías de procedimientos</li> <li>- Adherencia a los protocolos de atención</li> <li>- Respeta la organización</li> <li>- Procesos comunicativos (diálogo)</li> <li>- Procesos comunicativos (comunicado)</li> </ul>	
--	--	--	--	----------------------------------	---	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procesos comunicativos (memorandos)</li> <li>- Procesos comunicativos (intranet)</li> <li>- Sistema de información de acuerdo a los planeado.</li> </ul>
			Elementos de control y mejora	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomenta autocontrol</li> <li>- Control (información)</li> <li>- Control (lista de chequeo)</li> <li>- Control (evaluación del personal)</li> <li>- Evaluación</li> <li>- Avance logrado</li> <li>- Identifica problemas</li> <li>- Resuelve problemas</li> <li>- Implementa decisiones</li> <li>- Seguimiento cotidiano</li> <li>- Mejora continua</li> <li>- Rediseño</li> <li>- Motiva y coordina</li> </ul>
			Proceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elementos de proceso-relación de capacitación</li> <li>- Prácticas formativas</li> <li>- Actividades de extensión</li> <li>- Actividades investigativas</li> </ul>

			Elementos de proceso Modelo de Enfermería	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modelo de cuidado</li> <li>- Instrumentos informativos</li> <li>- Efectividad y eficiencia de lo cuidados.</li> <li>- Gestión por competencias</li> <li>- Gestión del conocimiento.</li> </ul>	
		Resultados	Elementos de resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfacción de usuarios (interna y externa)</li> </ul>	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mantiene coordinación; satisfacción usuario externo.</li> <li>- Mantiene coordinación prevención eventos adversos.</li> <li>- Lidera eficacia y eficiencia.</li> </ul>	

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Índice
Seguridad del paciente	“Es un elemento clave y prioritario de la calidad; los errores y la falta de calidad redundan en perjuicios para usuarios y profesionales y aumentan los gastos sanitarios” (42).	Percepción expresa de los usuarios frente a la gestión de cuidados por parte de la Sanidad de la Policía Nacional, el cual se alcanzará con la aplicación del instrumento de recolección de datos; cuestionario. Baremos: Buena: Regular: Mala:	Seguridad en la información	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información normas hospitalarias</li> <li>- Información con trato amable</li> <li>- Información en participación en decisiones de su tratamiento.</li> <li>- Información sobre uso de medicamentos</li> <li>- Información sobre autorización para intervención o procedimientos realizados.</li> <li>- Información a pacientes y familiares sobre continuidad de los cuidados domicilio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nunca</li> <li>- Casi nunca</li> <li>- A veces</li> <li>- Casi siempre</li> <li>- Siempre</li> </ul>

			<p>Seguridad del entorno</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accesibilidad física en lugares de tránsito.</li> <li>- Consideración segura del entorno físico.</li> <li>- Uso de ambulancia para traslado.</li> </ul>	
			<p>Seguridad en eventos adversos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimiento de seguridad en la atención brindada</li> </ul>	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seguridad en caídas o golpes durante estancia</li> <li>- Seguridad en presencia de lesiones y otros por la atención o cuidado.</li> </ul>	



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo de investigación**

El trabajo de investigación fue de tipo descriptiva–correlacional; descriptiva, porque “buscó especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (44). Es decir, “únicamente se pretendió medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que nos referimos” (44); y correlacional; porque “Este tipo de estudios tuvo como finalidad conocer la relación que existía entre las dos variables de la muestra en particular” (44).

#### **3.2 Nivel de investigación**

El estudio alcanzó un nivel correlacional porque el estudio tuvo como finalidad “conocer la relación o grado de asociación que existió entre las dos variables, en el contexto estudiado” (45). La investigación correlacional tuvo, “en alguna medida, un valor explicativo, aunque parcial, ya que el hecho de saber que dos conceptos o variables se relacionan aporta cierta información explicativa”.

#### **3.3 Método de investigación**

El estudio realizado utilizó el método general inductivo – deductivo. Inductivo; porque “partió de lo específico a lo general; vale decir, que primero

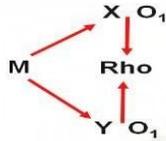
describió cada uno de los fenómenos para luego arribar a una conclusión” (46). Deductivo; porque “partió de lo general a lo específico; es decir, una vez que se concluyó se confrontó la correlación de las dos variables; a través de un sustento claro y preciso del suceso de los mismos” (46).

Así mismo; se utilizó el método específico: Descriptiva, estadística y bibliográfica. Descriptivo, “porque se describió, analizó e interpretó sistemáticamente un conjunto de hechos correlacionado con otra variable tal como se da en el presente estudio” (46). “Así como estudió al fenómeno en su estado actual y en su forma natural. Estadístico; porque a través de la aplicación facilitó la representación de datos de los fenómenos observados, y la toma de decisiones a la aplicación de la técnica estadística paramétrica y/o no paramétrica” (46). Y Bibliográfica; porque permitió recopilar y sistematizar información de fuentes secundarias contenidas en libros, artículos de revistas, publicaciones, investigaciones, etc. (46).

### **3.4 Diseño de investigación**

El diseño que se utilizó en el estudio es: Diseño No Experimental Transeccional Descriptiva y Correlacional. Diseño No Experimental; porque “carecen de manipulación intencional y tan solo se analizaron y estudiaron los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia” (45). Transeccional; porque “permitió realizar el estudio de investigación sobre los hechos y fenómenos de la realidad en un momento determinado del tiempo” (45). Descriptiva, porque “facilitó analizar y conocer las características, rasgos, propiedades y cualidades del fenómeno de la realidad en un momento determinado del tiempo”. Correlacional; porque “tuvo la particularidad de permitir al investigador analizar y estudiar la relación de hechos y fenómenos de la realidad, así mismo; buscó determinar el grado de relación entre las variables estudiadas” (45).

**Esquema:**



**Donde:**

M = Muestra de

estudio Ox =

Gestión del

cuidado

Oy = Seguridad del

paciente rho =

Relación.

### 3.5 Población, muestra y muestreo

#### 3.5.1 Población:

El estudio se realizó en los usuarios de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Huancavelica; teniendo como población a 1092 efectivos policiales.

#### 3.5.2 Muestra:

Se empleó la fórmula para poblaciones finitas, obteniendo una muestra de 284 usuarios de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Huancavelica;

Datos:

N = Número total de usuarios = 1092

$n^{\circ}$  = Muestra de usuarios = Muestra

inicial? z = valor crítico = 1.96

p = variabilidad positiva = 0.5

q = 1-p = variabilidad negativa

= 0.5 e = error = 5% = 0.05

= Nivel de significancia = 95%

= 0.95 Reemplazando valores en

la fórmula: \_\_\_\_\_

$$\frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5 * 1092}{0,05^2 (1092-1) + 1,96^2 * 0,5 * 0,5}$$

$n^{\circ}$  = 284 policías.

### 3.5.3 Muestreo:

Empleó el muestreo probabilístico aleatorio simple.

#### Criterios de Inclusión

- Usuarios que se atendieron en el servicio de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú.
- Usuarios nuevos y continuadores.
- Usuarios que aceptaron voluntariamente participar en el estudio mediante el consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión

- Usuarios con problemas de salud comprometidos.
- Permisos en el periodo de la recolección de los datos.
- Negativa en la participación del trabajo de investigación

## 3.6 Técnica e instrumento de recolección de datos

La técnica e instrumento que se utilizó fue:

- Gestión de cuidado; se aplicó la Técnica de Encuesta; cuyo instrumento fue

el cuestionario, la cual fue validada empleando la estadística de V de Aiken donde obtuvo un valor estadístico de 0.91 lo que indica una validez óptima y la confiabilidad del instrumento se dio mediante la K de Richardson obteniendo el valor de 0.93 lo que indica alto nivel de confiabilidad, el instrumento cuenta con 53 ítems divididos en tres dimensiones (estructura, proceso y resultados) (29).

Baremos:

Inadecuado = 0 a 80

En proceso de mejora = 81 a 96

Adecuado = 97 a 104

- Seguridad del paciente en la atención; se aplicó la Técnica de Encuesta; cuyo instrumento es el cuestionario, validada empleando la estadística de V de Aiken donde obtuvo un valor estadístico de 0.87 lo que indica una validez óptima y la confiabilidad del instrumento se dio mediante la K de Richardson obteniendo el valor de 0.88 lo que indica alto nivel de confiabilidad, el instrumento cuenta con 12 ítems divididos en tres dimensiones (seguridad de la información, seguridad del entorno, seguridad de eventos adversos) (42).

Baremos:

Inadecuado = 0 a 60

En proceso de mejora = 61 a 70

Adecuado = 71 a 80

Para la recolección de datos fue mediante el siguiente proceso:

- Identificar los instrumentos de recolección de datos debidamente validados.
- Coordinación con el jefe de la Región Policial, Jefes de las diferentes Sub Unidades policiales y personal de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú Huancavelica, para solicitar permiso y realizar la aplicación del instrumento a nuestra población objetivo.

- Aplicación del consentimiento informado a las sub unidades de análisis, previa coordinación con los jefes y/o comisarios.
- Aplicación del instrumento de recolección de datos previa coordinación.
- Organización de datos recolectados para el análisis estadístico correspondiente.

### **3.7 Técnica de procesamiento y análisis de datos**

- A través de los instrumentos de recolección de datos dirigido a Usuarios de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Huancavelica, “se obtuvo datos necesarios y suficientes para la elaboración de un análisis estadístico que permitió conocer aspectos sobre gestión del cuidado y seguridad del paciente en la atención”.
- A través del Microsoff Office Excel 2020 se tabuló los datos ítems/ítems previa codificación y asignación numérica en concordancia a las respuestas, así mismo; la distribución dimensión/dimensión de cada uno de las variables de estudio (gestión del cuidado y seguridad del paciente en la atención) para luego exportar al Software Estadístico.
- S utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 26.0, Hoja de cálculo de Microsoff Office Excel 2020, tomando en cuenta que los datos obtenidos fueron variables cuantitativos y cualitativos.
- El análisis estadístico descriptivo facilitó el procesamiento de la información y representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos; así como los estadígrafos de tendencia central y de dispersión para los diversos contextos de toma de decisiones en el análisis descriptivo de los datos.
- Se utilizó la prueba estadística de coeficiente de correlación de Rho de Spearman, tratándose de variables de expresión cuantitativa.

### 3.8 Descripción de la prueba de hipótesis

Por ser variables codificados en escala ordinal, el instrumento estadístico fue el coeficiente de correlación de Spearman. “Este instrumento además de ser coeficiente, es una prueba de hipótesis, que sirve para analizar la relación entre dos variables medidas en un nivel de medición ordinal. Este coeficiente varía de  $-1.0$  (correlación negativa perfecta) a  $+1.0$  (correlación positiva perfecta), considerando el 0 como ausencia de correlación entre las variables jerarquizadas”. Se trata de estadísticas sumamente eficientes para datos ordinales (23).

Nivel de medición de las variables: Nominal u ordinal.

Procedimiento: “Se calculó por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, que es un cuadro de dos dimensiones, y cada dimensión contiene una variable”.

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Presentación e interpretación de datos

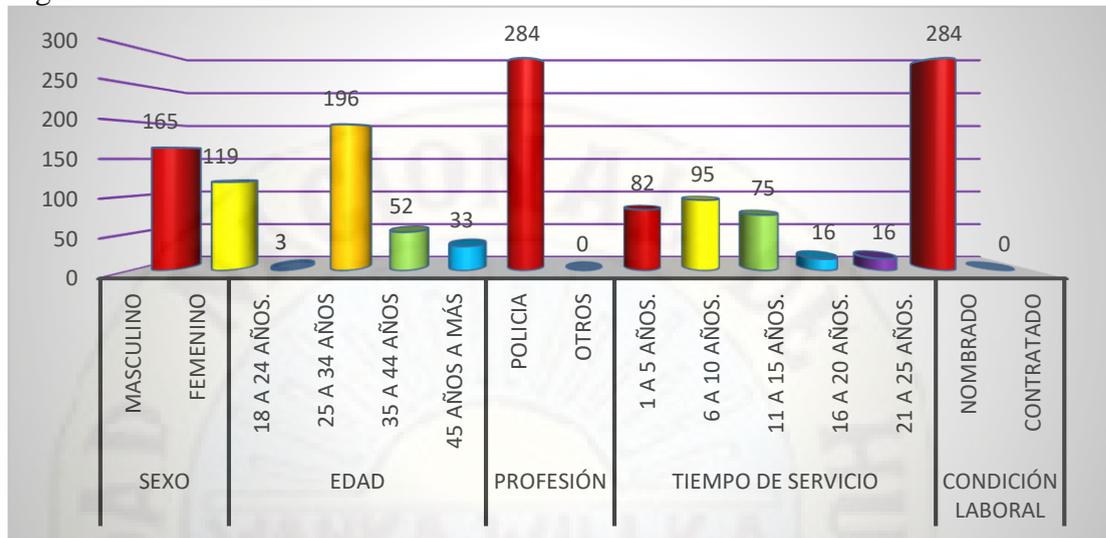
Para la presentación de los datos se empleó: “la estadística descriptiva, tales como: cuadros de resumen simple y figuras. Asimismo, para obtener resultados más fiables, se procesó los datos con los paquetes estadísticos Excel 2016 y el SPSS v.26 en español para Windows 10” (23).

Tabla 1. Características de la población de estudio en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.

	Característica	f	%
Sexo	Masculino	165	58.10
	Femenino	119	41.90
Edad	18 A 24 años.	3	1.06
	25 a 34 años	196	69.01
	35 a 44 años	52	18.31
	45 años a más	33	11.62
Profesión	Policía	284	100.00
	otros	0	0.00
Tiempo de Servicio	1 a 5 años.	82	28.87
	6 a 10 años.	95	33.45
	11 a 15 años.	75	26.41
	16 a 20 años.	16	5.63
	21 a 25 años.	16	5.63
Condición Laboral	Nombrado	284	100.00
	Contratado	0	0.00
Total		284	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos aplicados.

Figura 1.



Fuente: Tabla 1.

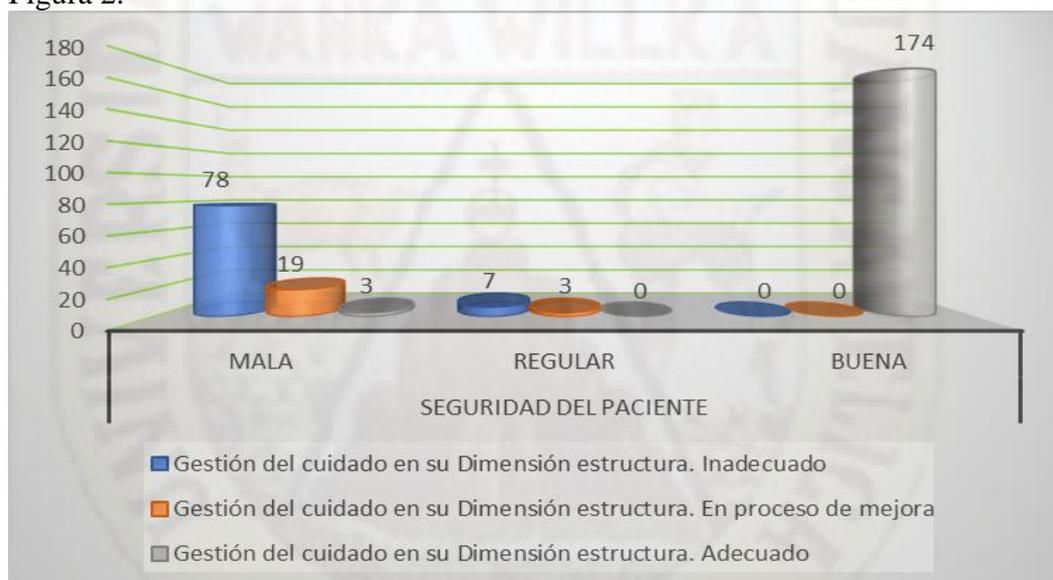
En la tabla y figura 1 se muestra 58.10% (165) policías de sexo masculino; un 41.90% (119) de sexo femenino; respecto a edad, se evidencia mayor frecuencia de policías entre las edades de 25 a 34 años 69.01% (196); toda la muestra de estudio 100% (284) tienen la condición de nombrados y ejercen la profesión de policías; por último en relación a tiempo de servicio la de mayor frecuencia está en el intervalo 6 a 10 años con 33.45% (95) y la de menor frecuencia entre los 16 a 20 años y 21 a 25 años respectivamente con 5.63% (16).

Tabla 2. Relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión estructura y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.

		Seguridad del paciente						Total	%
		Mala		Regular		Buena			
		f	%	f	%	f	%		
Gestión del cuidado en su Dimensión estructura.	Inadecuado	78	27.46	7	2.46	0	0.00	85	29.93
	En proceso de mejora	19	6.69	3	1.06	0	0.00	22	7.75
	Adecuado	3	1.06	0	0.00	174	61.27	177	62.32
Total		100	35.21	10	3.52	174	61.27	284	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos aplicados.

Figura 2.



Fuente: Tabla 2.

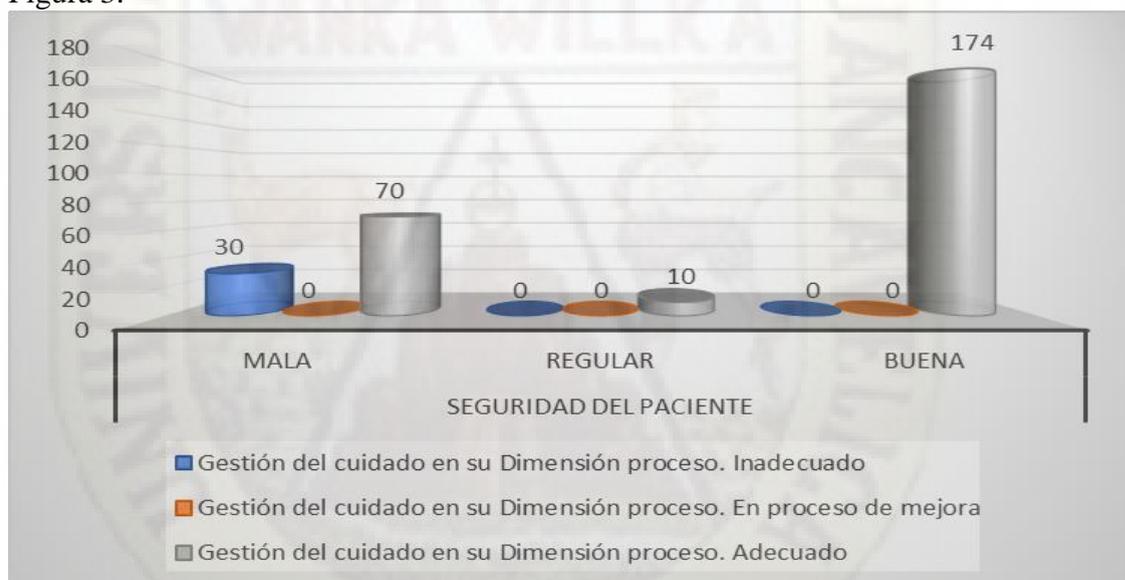
De la tabla y figura 2, se observa un 61.27% (174) policías expresan que la gestión del cuidado en su dimensión estructura es adecuado y la seguridad del paciente es buena; en menor frecuencia 1.06% (03) policías expresan que la gestión del cuidado en su dimensión estructura está en proceso de mejora y la seguridad del paciente es regular en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.

Tabla 3. Relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión proceso y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.

		Seguridad del paciente						Total	%
		Mala		Regular		Buena			
		f	%	f	%	f	%		
Gestión del cuidado en su Dimensión proceso.	Inadecuado	30	10.56	0	0.00	0	0.00	30	10.56
	En proceso de mejora	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Adecuado	70	24.65	10	3.52	174	61.27	254	89.44
Total		100	35.21	10	3.52	174	61.27	284	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos aplicados.

Figura 3.



Fuente: Tabla 3.

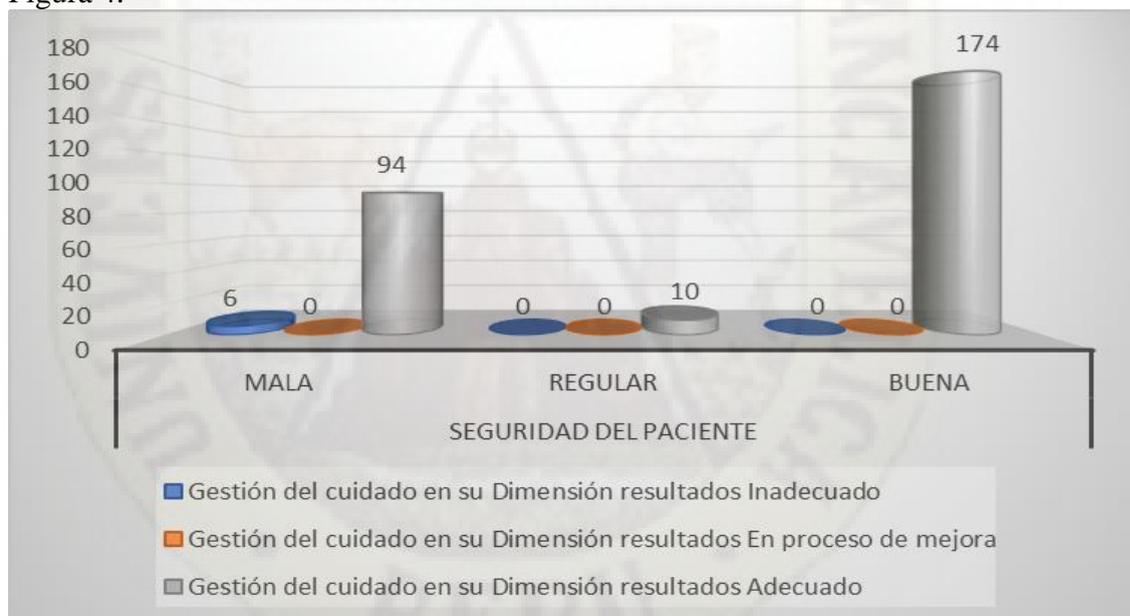
De la tabla y figura 3, se observa un 61.27% (174) policías expresan que la gestión del cuidado en su dimensión proceso es adecuado y la seguridad del paciente es buena; en menor frecuencia 3.52% (10) policías expresan que la gestión del cuidado en su dimensión proceso es adecuado y la seguridad del paciente es regular en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.

Tabla 4. Relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión resultados y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.

		Seguridad del paciente						Total	%
		Mala		Regular		Buena			
		f	%	f	%	f	%		
Gestión del cuidado en su Dimensión resultados	Inadecuado	6	2.11	0	0.00	0	0.00	6	2.11
	En proceso de mejora	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	Adecuado	94	33.10	10	3.52	174	61.27	278	97.89
Total		100	35.21	10	3.52	174	61.27	284	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos aplicados.

Figura 4.



Fuente: Tabla 4.

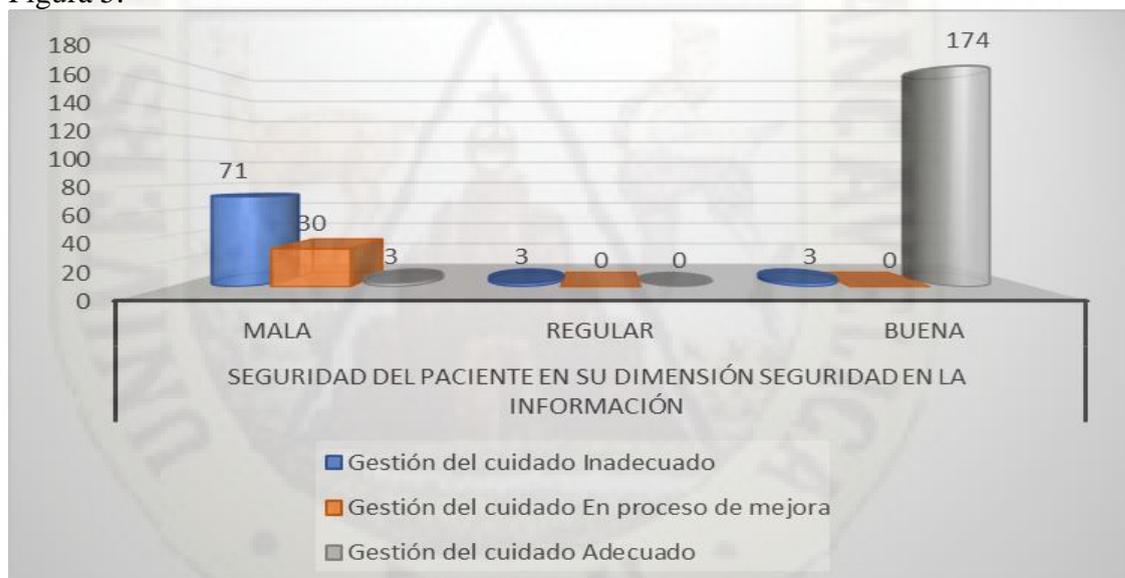
De la tabla y figura 4, se observa un 61.27% (174) policías expresan que la gestión del cuidado en su dimensión resultados es adecuado y la seguridad del paciente es buena; en menor frecuencia 2.11% (06) policías expresan que la gestión del cuidado en su dimensión resultados es inadecuado y la seguridad del paciente es mala en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.

Tabla 5. Relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.

		Seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información						Total	
		Mala		Regular		Buena			
		f	%	f	%	f	%		%
Gestión del cuidado	Inadecuado	71	25.00	3	1.06	3	1.06	77	27.11
	En proceso de mejora	30	10.56	0	0.00	0	0.00	30	10.56
	Adecuado	3	1.06	0	0.00	174	61.27	177	62.32
Total		104	36.62	3	1.06	177	62.32	284	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos aplicados.

Figura 5.



Fuente: Tabla 5.

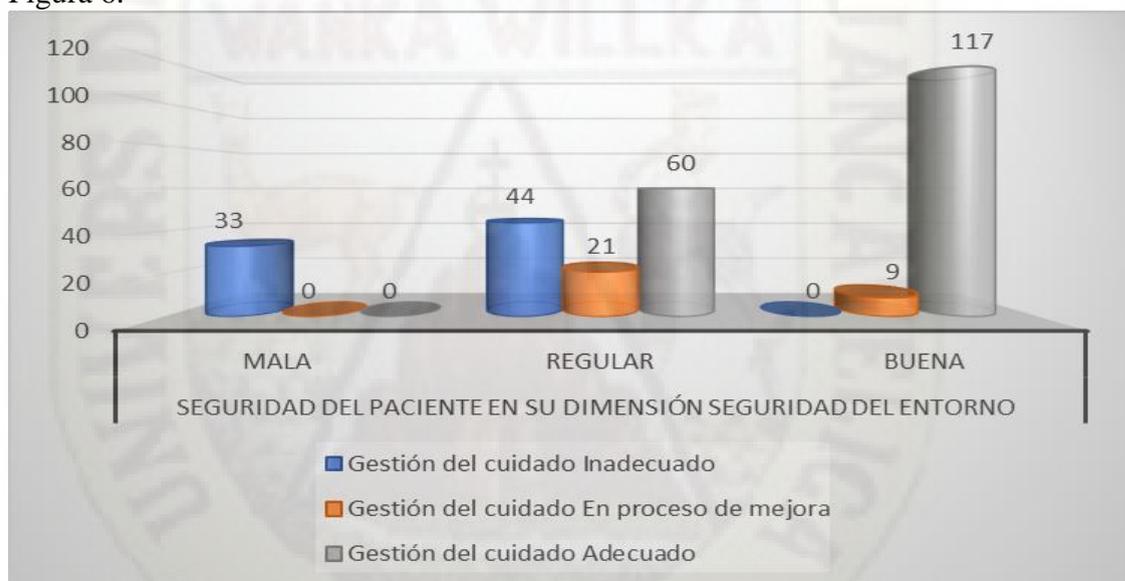
De la tabla y figura 5, se observa un 61.27% (174) policías expresan que la gestión del cuidado es adecuada y la seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información es buena; en menor frecuencia 1.06% (03) policías expresan que la gestión del cuidado es inadecuada y la seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información es buena en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.

Tabla 6. Relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.

		Seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno						Total	%
		Mala		Regular		Buena			
		f	%	f	%	f	%		
Gestión del cuidado	Inadecuado	33	11.62	44	15.49	0	0.00	77	27.11
	En proceso de mejora	0	0.00	21	7.39	9	3.17	30	10.56
	Adecuado	0	0.00	60	21.13	117	41.20	177	62.32
Total		33	11.62	125	44.01	126	44.37	284	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos aplicados.

Figura 6.



Fuente: Tabla 6.

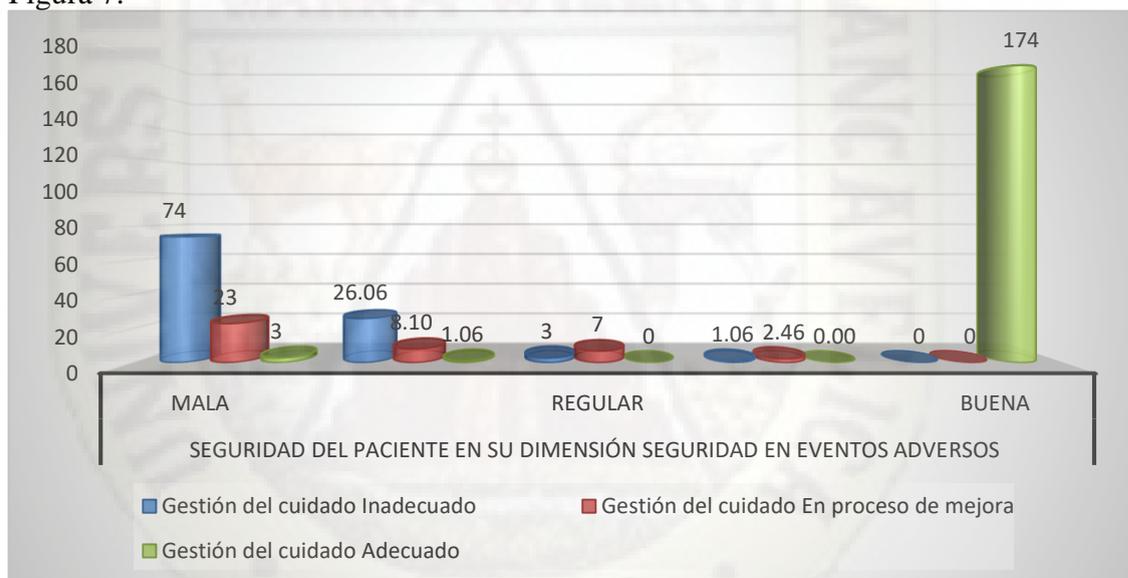
De la tabla y figura 6, se observa un 41.20% (117) policías expresan que la gestión del cuidado es adecuada y la seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno es buena; en menor frecuencia 3.17% (09) policías expresan que la gestión del cuidado está en proceso de mejora y la seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno es buena en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.

Tabla 7. Relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica 2022.

		Seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos						Total	%
		Mala		Regular		Buena			
		f	%	f	%	f	%		
Gestión del cuidado	Inadecuado	74	26.06	3	1.06	0	0.00	77	27.11
	En proceso de mejora	23	8.10	7	2.46	0	0.00	30	10.56
	Adecuado	3	1.06	0	0.00	174	61.27	177	62.32
Total		100	35.21	10	3.52	174	61.27	284	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos aplicados.

Figura 7.



Fuente: Tabla 7.

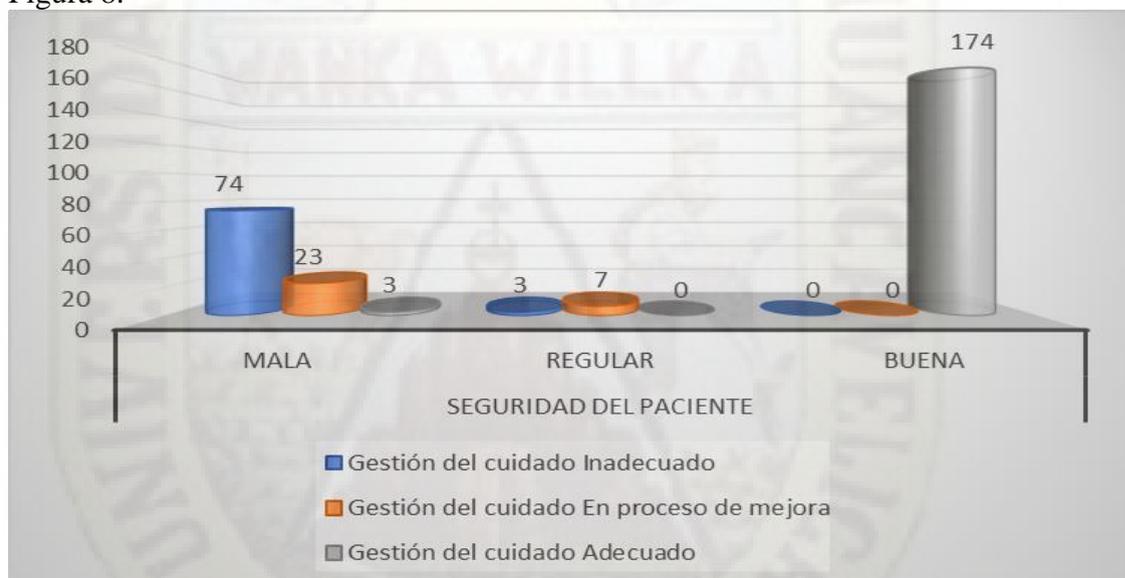
De la tabla y figura 7, se observa un 61.27% (174) policías expresan que la gestión del cuidado es adecuada y la seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos es buena; en menor frecuencia 2.46% (07) policías expresan que la gestión del cuidado está en proceso de mejora y la seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos es regular en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.

Tabla 8. Relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.

		Seguridad del paciente						Total	%
		Mala		Regular		Buena			
		F	%	f	%	f	%		
Gestión del cuidado	Inadecuado	74	26.06	3	1.06	0	0.00	77	27.11
	En proceso de mejora	23	8.10	7	2.46	0	0.00	30	10.56
	Adecuado	3	1.06	0	0.00	174	61.27	177	62.32
Total		100	35.21	10	3.52	174	61.27	284	100.00

Fuente: Elaboración propia en base a instrumentos aplicados.

Figura 8.



Fuente: Tabla 8.

De la tabla y figura 8, se observa un 61.27% (174) policías expresan que la gestión del cuidado es adecuada y la seguridad del paciente es buena; en menor frecuencia 1.06% (03) policías expresan que la gestión del cuidado es inadecuada y la seguridad del paciente es regular en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.

## 4.2 Discusión de resultados

La tesis desarrollo dos variables fundamentales en el proceso de atención que brindan las instituciones prestadoras de salud tal como la Sanidad de la Policía nacional del Perú de la ciudad de Huancavelica; siendo las variable gestión del cuidado, la cual es definida por Kristen Swanson (30) como el ejercicio profesional de la enfermera que se sustenta en la ciencia del cuidado; y también la variable seguridad del paciente, la cual es definida por Chambi (42) como los procesos que evitan errores y déficit de calidad que perjudiquen no solo al usuario, sino también al trabajador y entidad generando el incremento de los gastos sanitarios. Lo mencionado colige con Lo manifestado por las autoras se reflejan en el quehacer cotidiano de la actividad del profesional de enfermería por lo que toma relevancia el abordaje de la temática, obteniendo resultados sumamente interesantes que se pueden comparar y objetar con otros investigadores tal cual se detalla.

El estudio obtuvo información relevante sobre sexo, edad, profesión, tiempo de servicio, condición laboral de los usuarios que asisten a la Sanidad, quienes expresaron su sentir mediante el llenado de los instrumentos evidenciando aspectos sobre las variables gestión del cuidado y seguridad del paciente, los cuales se pueden tomar como evidencia vivida según característica del paciente; sin embargo; Zoraida Huaranga Galarza María Saico Ninahuaman, (2018) difieren con los hallazgos pues dichos autores expresan que las variables demográficas no genera existencia de influencia en la percepción de los pacientes ante la calidad de atención de enfermería (24). Lo que pone en tribuna de debate para los investigadores que deseen aclarar dicha controversia. Por otra parte, se podría expresar que interfieren otras variables sobre la valoración de los resultados es así que Porras & Dolores, (2019) expresan que la gestión del cuidado enfermero también dependerá de las condiciones generales de los pacientes antes, durante y después del tratamiento (19). Concordando también con Judith Hermila Delgado Osoreo, (2016) que el cuidado de la enfermera durante las 24 horas del día, se da mediante brindar privacidad, orientación,

administración de medicamentos y soporte emocional; acciones que favorecen la gestión del cuidado y seguridad del paciente (23). Poniendo características propias de la enfermedad o condición de salud del usuario.

Así mismo dentro de los hallazgos se establece que existe relación positiva fuerte entre la gestión del cuidado y la seguridad del paciente. Dichos hallazgos toman relevancia al ser contrastados con las conclusiones de López Rivas et al., (2020) que concluye que la calidad percibida por los cuidadores primarios es regular y promueve la seguridad del paciente (25). También Polo, (2018), manifiesta que la calidad de atención de enfermería en las áreas críticas es buena, favoreciendo la seguridad del paciente (26) y se contraponen con lo expresado por Machuca Veliz & Chuquillanqui Anglas, (2018) quien expresa que no existe relación significativa pues resulta en relación baja entre la gestión de la calidad del cuidado en el servicio de emergencia del hospital Regional Ramiro Priale Priale EsSalud Huancayo 2018 (27).

Por otra parte, respecto a la gestión del cuidado, el presente estudio tomó como dimensiones la estructura, proceso y resultados para relacionarlas con la seguridad del paciente, así mismo; Ramírez Preciado, (2017) también trabajó con dichas dimensiones obteniendo datos como 70% de cumplimiento, en la dimensión estructura; 38% de cumplimiento en la dimensión proceso y un 42.5% de cumplimiento en la dimensión resultado (29), ayudándolo a establecer la gestión del cuidado. La autora puede expresar que dicha categorización de dimensiones permitió establecer la gestión del cuidado.

Respecto a los demás hallazgos según dimensión por cada variable, se puede manifestar que ningún otro autor realizó dichas acciones, poniendo como información relevante que pone a disposición de la comunidad científica la autora y permite a través de las conclusiones de los autores relacionarlos de manera indirecta, obteniendo relevantes contrastes, es así que Castilla & Larios-Gómez, (2020) consideran que las dimensiones al cubrir mayor del 75% de las respuestas positivas los criterios no se cumplen, por lo tanto, todas las dimensiones se consideran como “oportunidad de mejora” (16). Dichas afirmaciones se reflejan en los resultados pues ninguna de las dimensiones

supera al 75% en ambas variables estudiadas.

El estudio evidencia datos reflejados sin intervención sobre las variables de estudio; sin embargo; se cuenta con antecedentes que ponen en perspectiva de mejora lo obtenido, tal es el caso de Catalán-Ibars et al., (2020) quienes aplicaron un protocolo en el área de cuidados donde evidencian que los riesgos de seguridad del paciente son bajas, siendo el principal factor de riesgo la ventilación mecánica invasiva (17). También **Koikov et al., (2019)** realizaron que fueron incluidas en los planes de acción, que ayudan en aumentar la eficacia del cuidado y facilita a la enfermera a mejorar la seguridad del paciente (20). Así mismo; Molaina Mula et al., (2020) expresan que los gestores deben ser conscientes de como diversos factores impactan sobre la calidad del cuidado y establezcan estrategias que mejoren la seguridad de los pacientes (18). Y Naldy Febré, Eu. Katherine Mondaca-Gómez, Eu. Paula Méndez-Celis Ms, (2018) expresan que se debe realizar colaboración entre los distintos niveles, para el desarrollo de un conjunto de indicadores orientados a evaluar la gestión del cuidado y seguridad (21). También se añan Jesús Molina Mula, Janeth Vaca Auz, Paulina Muñoz Navarro, (2016), que manifiestan que los gestores deben tomar conciencia de cómo estos factores están impactando de forma directa en la calidad de los cuidados y establecer estrategias que vayan dirigidas a mejorar los indicadores de seguridad del paciente (22). Por último, Aliaga et al., (2017) expresan que la enseñanza aprendizaje nordea el rol docente articulando al rol del enfermero asistencial, compartiendo modelos de enseñanza aprendizaje innovadores con estudiantes que fortalezcan la práctica profesional del cuidado y seguridad (28). La autora al tomar posición sobre los hallazgos de los autores que promueven la intervención a través de programas, intervención mediante ayuda de otros actores como docentes y demás; concuerda pues muchas de las variables de percepción no son única y exclusivamente de un área o sector, sino es de forma transversal y multifactorial, por lo que el presente estudio pone las bases del conocimiento para que diversos investigadores puedan a partir de ella realizar las acciones planteadas por los autores mencionados en este último párrafo.

### 4.3 Proceso de Prueba e Hipótesis

**General:**

**Significación Estadística de la Prueba de Rho de Spearman.**

**Hipótesis investigación:**

Existe relación entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.

**Hipótesis Nula (Ho):**

No existe relación entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.

**Nivel de Significancia ( $\alpha$ ) Y Nivel de Confianza (Y)**

( $\alpha$ ) = 0,05 (5%);                      (Y) = 0,95 (95%)

**Función o Estadística de Prueba**

Formula de Spearman Brow.

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

**Dónde:**

N= número de datos

$\sum D^2$  = Sumatoria de la diferencia de los rangos elevada al cuadrado

$r_{xy}$  = r de Pearson.

N= Datos de las variables.

$S_x S_y$  = Desviación estándar de las variables.

**Región Crítica o de Rechazo de la Hipótesis Nula:**

“En la prueba de correlación no paramétrica de Spearman Brow una vez calculado el valor rho y el p valor se elige el nivel de significancia y se compara con el valor obtenido y para el coeficiente rho se establece, que las mediciones corresponden de +1 a -1, pasando por el 0”:

Donde cero significa que no hay correlación entre las variables estudiadas.

“Mientras que los valores +1 denotan la correlación máxima directa y valores de -1 denotan correlación máxima inversa”.

- 1.00	relación negativa perfecta.
-0.95	relación negativa fuerte.
-0.50	relación negativa moderada.
- 0.10	relación negativa débil.
0.00	Ninguna correlación.
+ 0.10	relación positiva débil
+ 0.50	relación positiva moderada.
+ 0.95	relación positiva fuerte.
+ 1.00	relación positiva perfecta.

**Tabla 8.** Valor Calculado “rho” Spearman General.

El valor calculado (VC) de la prueba de “rho” y “p” valor se obtiene en la Tabla siguiente:

		SEGURIDAD (Agrupada)	Gestioncuidado (Agrupada)
SEGURIDAD (Agrupada)	Correlación de Spearman	1	.927**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	284	284
Gestioncuidado (Agrupada)	Correlación de Spearman	.927**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	284	284

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

**Fuente:** Base de datos.

### **Decisión:**

Teniendo en cuenta que valor de “rho” = 0,927 ( $p=0,000<0.05$ ) y en base a la tabla de decisión se establece que existe relación positiva fuerte; por ende, se rechaza la hipótesis nula aceptando la hipótesis alterna.

### **Contrastación de hipótesis específicas**

		SEGURIDA			
		D (Agrupada)	estructura (Agrupada)	proceso (Agrupada)	resultad (Agrupada)
seguridad (Agrupada)	Correlación de Spearman	1	.925**	.457**	.196**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.001
	N	284	284	284	284

estructura (Agrupada)	Correlación de Spearman	.925**	1	.465**	.161**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.007
	N	284	284	284	284
proceso (Agrupada)	Correlación de Spearman	.457**	.465**	1	.268**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000
	N	284	284	284	284
resultado (Agrupada)	Correlación de Spearman	.196**	.161**	.268**	1
	Sig. (bilateral)	.001	.007	.000	
	N	284	284	284	284

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

**Fuente:** Base de datos.

### Decisión:

Teniendo en cuenta que valor de la dimensión estructura de la gestión del cuidado “rho”=0,925 ( $p=0,000<0.05$ ); en la dimensión proceso “rho”=0,457 ( $p=0,000<0.05$ ); en la dimensión resultado “rho”=0,196 ( $p=0,001<0.05$ ) y en base a la tabla de decisión se establece que existe relación positiva fuerte, moderada y débil respectivamente; por ende se rechaza las hipótesis nulas de la dimensión estructura, proceso y resultado con la seguridad del paciente.

		Gestioncuidado (Agrupada)	segurdainform (Agrupada)	segurdaentorno (Agrupada)	segurdaeventado (Agrupada)
Gestioncuidado (Agrupada)	Correlación de Spearman	1	.890**	.699**	.927**
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.000
	N	284	284	284	284
segurdainform (Agrupada)	Correlación de Spearman	.890**	1	.556**	.963**
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.000
	N	284	284	284	284
segurdaentorno (Agrupada)	Correlación de Spearman	.699**	.556**	1	.596**
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.000
	N	284	284	284	284
segurdaeventado (Agrupada)	Correlación de Spearman	.927**	.963**	.596**	1
	Sig. (bilateral)				
	N	284	284	284	284

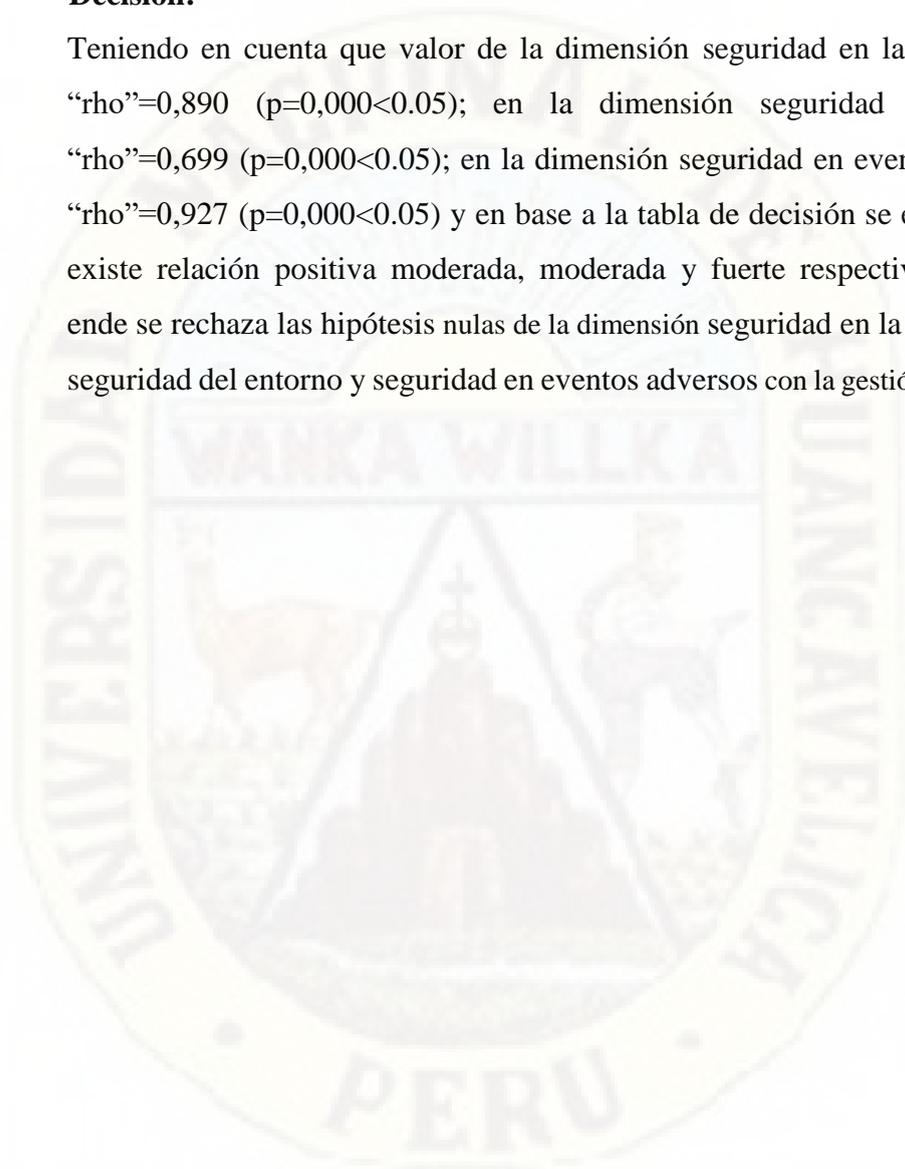
Sig. (bilateral)	.000	.000	.000	
N	284	284	284	284

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

**Fuente:** Base de datos.

**Decisión:**

Teniendo en cuenta que valor de la dimensión seguridad en la información “rho”=0,890 (p=0,000<0.05); en la dimensión seguridad del entorno “rho”=0,699 (p=0,000<0.05); en la dimensión seguridad en eventos adversos “rho”=0,927 (p=0,000<0.05) y en base a la tabla de decisión se establece que existe relación positiva moderada, moderada y fuerte respectivamente; por ende se rechaza las hipótesis nulas de la dimensión seguridad en la información, seguridad del entorno y seguridad en eventos adversos con la gestión del cuidado.



## CONCLUSIONES

- Existe relación positiva fuerte entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.
- Existe relación positiva fuerte entre la gestión del cuidado en su dimensión estructura y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.
- Existe relación positiva moderada entre la gestión del cuidado en su dimensión proceso y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.
- Existe relación positiva débil entre la gestión del cuidado en su dimensión resultados y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.
- Existe relación positiva moderada entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.
- Existe relación positiva moderada entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.
- Existe relación positiva fuerte entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.

## RECOMENDACIONES

A las autoridades de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú- Huancavelica, desarrollen las siguientes recomendaciones a través de sus órganos de línea:

- Realicen estudios que conlleven a mejorar la infraestructura de la sanidad para una mejor gestión del cuidado.
- Realicen charlas educativas orientadas a los profesionales de la salud sobre gestión de procesos con el fin de incrementar la adecuada gestión de seguridad del paciente.
- Realicen procesos de mejora para el resguardo de la seguridad de la información de los pacientes.
- Realicen acciones de mejora en eventos adversos durante la atención al paciente.

A las autoridades de la Universidad Nacional de Huancavelica.

- Promuevan mediante la coordinación de maestría estudios similares a lo ejecutado con el fin de evidenciar las variables en otros contextos.
- Realicen actividades académicas, tales como foros, conversatorios sobre las variables orientada a los profesionales de la salud, con el fin de mejorar sus habilidades profesionales.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Deloitte. Perspectiva Global del Cuidado de la Salud 2017. 2017;28.
2. Maya S, María Á. International trends in nursing care. *Investig Educ En Enferm.* julio de 2011;29(2):294-304.
3. Cassiani SHDB, Munar Jimenez EF, Umpiérrez Ferreira A, Peduzzi M, Leija Hernández C. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Pública.* 15 de mayo de 2020;44:e64.
4. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de mayo de 2018;29(3):278-87.
5. OMS. Seguridad del paciente [Internet]. 2020 [citado 13 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
6. OMS. Seguridad del paciente [Internet]. WHO. World Health Organization; 2020 [citado 13 de septiembre de 2020]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
7. Umpiérrez AF, Cabrera LG. Red Internacinal de Gestión del Cuidado de Enfermería: Alcances y desafíos en el marco de la Cobertura Universal de Salud. *Rev Cuba Enferm [Internet].* 4 de octubre de 2016 [citado 13 de septiembre de 2020];32(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1249>
8. Katherine Moondaca, Paula Mendez. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. 31 de diciembre de 2017 [citado 20 de febrero de 2020]; Disponible en:

file:///C:/Users/Ripley/Downloads/TESIS/ANTECEDENTES/TESIS%  
20DE% 20CALIDAD% 20DE% 20ENFERMERIA% 20.pdf

9. OMS | Enfermería [Internet]. WHO. [citado 20 de febrero de 2020].  
Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
10. CEP, Perú. Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero. 2015;65.
11. MINSA, Perú. Análisis de Situación de Salud del Perú. [Internet]. 2019  
[citado 13 de septiembre de 2020].  
Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis\\_peru19.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf)
12. Soto A. Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. Rev Peru Med Exp Salud Publica. junio de 2019;36(2):304-11.
13. Minsa. Sistema de gestión en salud. 2018; Disponible en:  
<file:///C:/Users/Ripley/Downloads/tesis/articulos%20cientificos/sistema%20de%20gestion%20de%20la%20calidad%20en%20salud.pdf>
14. Ibaseu. Federación Iberoamericana de enfermería en urgencias y emergencias.  
19 de julio de 2007 [citado 20 de febrero de 2020]; Disponible en:  
<http://ibaseue.blogspot.com/2007/07/perfil-profesional-ultima-version.html>
15. Rodríguez-Quezada MP. Manejo de herramientas de gestión y percepción del cuidado de Enfermería en Hospitales Militares de Chachapoyas, Perú. Enferm Univ. enero de 2014;11(1):3-10.
16. Castilla MG, Larios-Gómez E. La cultura de seguridad del paciente en el personal de enfermería del Hospital de la mujer (SSA) en Puebla. FACE Rev Fac Cienc Económicas Empres. 18 de febrero de 2020;19(2):115-

24.

17. Catalán-Ibars RM, Martín-Delgado MC, Puigoriol-Juventeny E, Zapater- Casanova E, Lopez-Alabern M, Lopera-Caballero JL, et al. Incidentes relacionados con la seguridad del paciente crítico durante los traslados intrahospitalarios. Med Intensiva [Internet]. 15 de julio de 2020 [citado 13 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569120302151>
18. Molaina Mula J, Vaca Auz J, Muñoz Navarro P, Cabascango Cabascango K, Cabascango Cabascango C. Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria basada en la evidencia científica. 19 de mayo de 2020 [citado 12 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/152461>
19. Porras V, Dolores M. Gestión del cuidado enfermero en pacientes con tratamiento de quimioterapia en el área de clínica ambulatoria en un hospital de especialidades en la ciudad de Guayaquil. 8 de marzo de 2019 [citado 12 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12573>
20. Koikov V, Baigozhina Z, Umbetzhanova A, Bekbergenova Z, Kabdullina G, Mergentay A, et al. Implementation of a new model of the nursing care management in the Republic of Kazakhstan: Policy Brief. Value Health. 1 de noviembre de 2019;22:S793.
21. Moondaca K, paula Mendez, Veronica Badilla Morales. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición [Internet]. Universidad Andrés Bello, Facultad de Enfermería. Santiago, Chile.; 2018. Disponible en: file:///C:/Users/Ripley/Downloads/1-s2.0-S0716864018300567-main.pdf

22. Molina Mula J, Vaca Auz J, Muñoz Navarro P, Cabascango Cabascango K, Cabascango Cabascango C. Gestión de la calidad de los cuidados de enfermería hospitalaria basada en la evidencia científica. Index de Enfermería. septiembre de 2016;25(3):151-5.
23. Judith Hermila Delgado. Calidad del cuidado de enfermería según la percepción del familiar del paciente en el Servicio de Cirugía Pediátrica. [Internet] [Tesis]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en: [file:///C:/Users/Ripley/Zotero/storage/5QKDQISN/Delgado\\_oj.pdf](file:///C:/Users/Ripley/Zotero/storage/5QKDQISN/Delgado_oj.pdf)
24. Zoraida H, María S. Percepción de calidad de atención de enfermería por el paciente oncológico atendido en los servicios del Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma 2018. [Internet]. [Tarma]: Universidad Nacional del Callao; 2018. Disponible en: [file:///C:/Users/Ripley/Downloads/HUARINGA%20&%20SAICO\\_TESIS2DA\\_2018.pdf](file:///C:/Users/Ripley/Downloads/HUARINGA%20&%20SAICO_TESIS2DA_2018.pdf)
25. López Rivas JK, Huayta De La Cruz M de los Á, Palacios Cruz EL. Calidad del cuidado enfermero percibida por el cuidador primario en un Servicio de Medicina del MINSA, 2019. Univ Perú Cayetano Heredia [Internet]. 2020 [citado 12 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/8195>
26. Polo MIS. Efecto de la gestión del cuidado de enfermería en la calidad de atención del paciente en ventilación mecánica, Hospital Víctor Lazarte Echegaray, Trujillo - Perú. Rev UCV-Sci Bioméd. 2018;1(1):22-6.
27. Machuca Veliz CA, Chuquillanqui Anglas JV. Gestión de la calidad del cuidado del paciente y satisfacción laboral del usuario interno del Hospital Regional Ramiro Prialé Prialé Essalud Huancayo. Repos Inst -

UCV [Internet]. 2018 [citado 12 de septiembre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/36318>

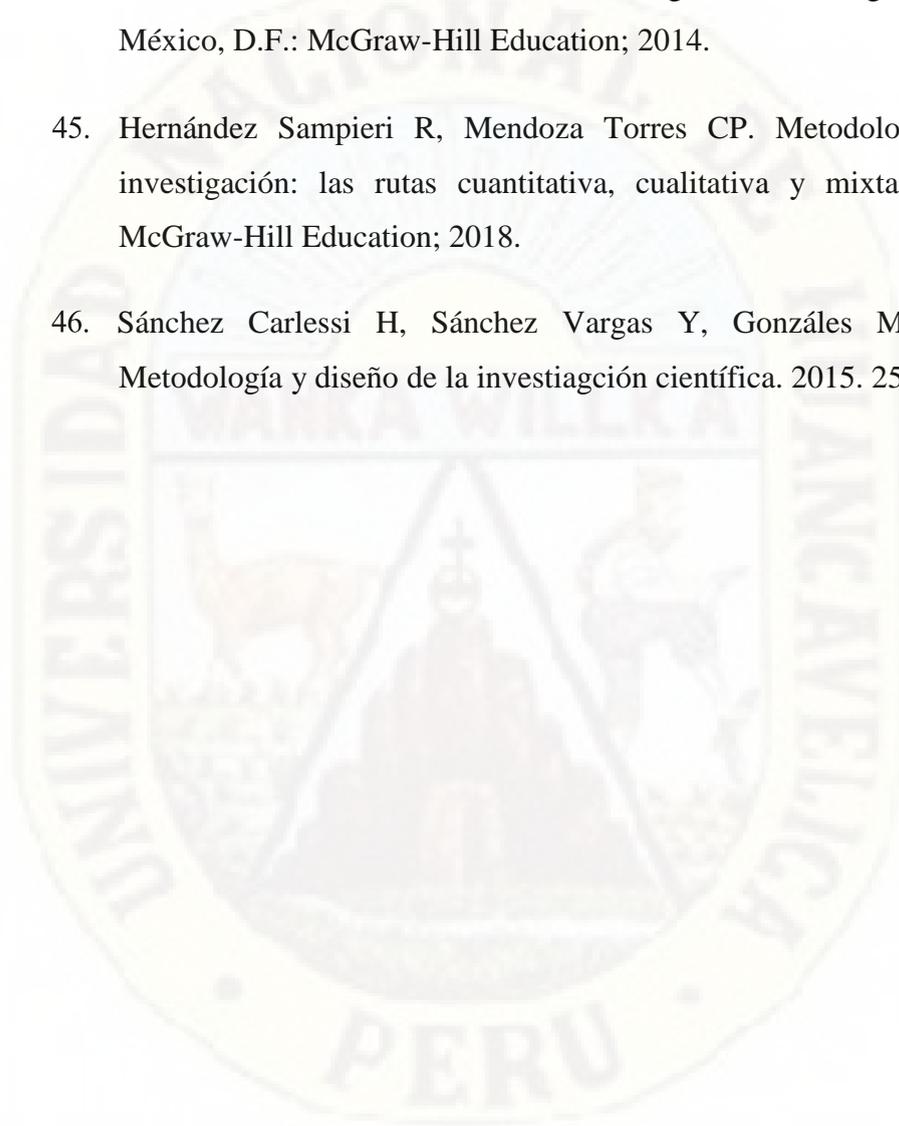
28. Aliaga K, Meneses La Riva M, Rojas B, Jiménez-Berrú A, Rodríguez N. Gestión del cuidado enfermero y el rol docente en la práctica asistencial familiar comunitaria Lima-Norte Perú. Rev Enfermería Hered. 9 de agosto de 2017;10:34.
29. Ramírez Preciado M. Gestión del cuidado de enfermería en hospitales de complejidad II. Áncash, 2017 [Internet] [Tesis]. [Chimbote-Perú]: Universidad San Pedro; 2017 [citado 12 de septiembre de 2020]. Disponible en: [http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/7090/Tesis\\_58813.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/7090/Tesis_58813.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
30. Rodríguez Campo VA, Valenzuela Suazo S. Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Enferm Glob [Internet]. 1 de octubre de 2012 [citado 3 de marzo de 2020];11(4). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/141391>
31. Agustín C, Román L. Enfermería ciencia y arte del cuidado. Rev Cuba Enferm. diciembre de 2006;22(4):0-0.
32. Mastrapa YE, Lamadrid M del PG. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 29 de diciembre de 2016 [citado 20 de febrero de 2020];32(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976>
33. Ceballos-Vásquez P, Jara-Rojas A, Stiepovich-Bertoni J, Aguilera-Rojas P, Vílchez-Barboza V. La gestión del cuidado: una función social y legal de la enfermería chilena. Enferm Actual En Costa Rica [Internet]. 1 de julio de 2015 [citado 12 de septiembre de 2020];(29). Disponible en:

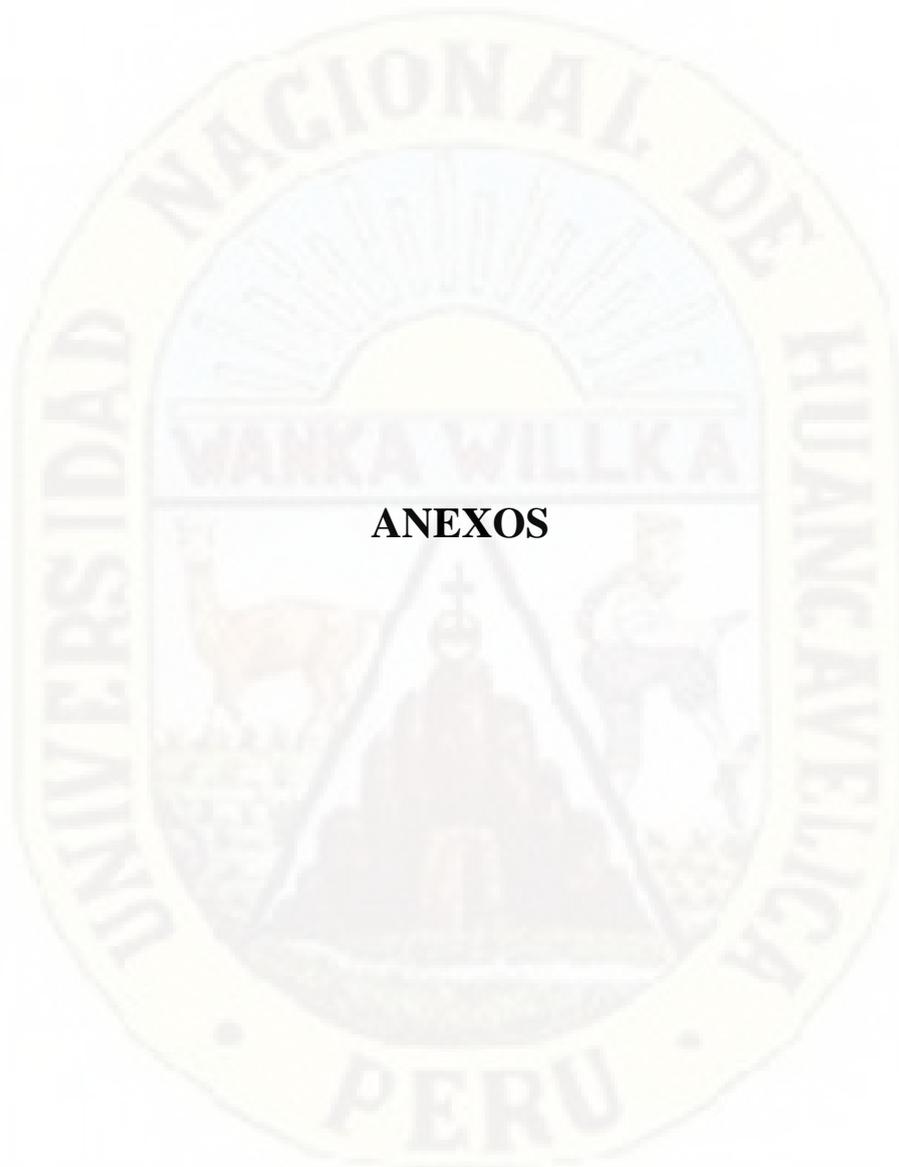
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria/article/view/19733>

34. Toro KSG. La gestión del cuidado de enfermería en el marco de la renovación en la atención primaria de salud. 2018;32.
35. MINSA, Chile. Norma General Administrativa N° 19, "Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada. 2007;6.
36. Grajales Z, A R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Index Enferm. 2004;13(44-45):42-6.
37. Monografico-Avedis-1parte.pdf [Internet]. [citado 20 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
38. Alvarado-Gallegos E, Urbina-Aguilar BA, Leyva RMP. Evaluación Participativa de los Indicadores de Calidad de Enfermería. 2011;19:7.
39. Estefo Agüero S, Paravic Klijn T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. Cienc Enferm. diciembre de 2010;16(3):33-9.
40. Pérez Rodríguez Y, Coutín Domínguez A. La gestión del conocimiento: un nuevo enfoque en la gestión empresarial. ACIMED. diciembre de 2005;13(6):0-0.
41. Morán L, Quezada Y, García A, González P, Godínez S, Aguilera M, et al. Resolver problemas y tomar decisiones, esencia de práctica reflexiva en enfermería. Análisis de la literatura. Enferm Univ. marzo de 2016;13(1):47-54.
42. Chambi Gutiérrez IN. Seguridad en el cuidado de pacientes relacionados con el grado de satisfacción en el servicio de medicina del Hospital III EsSalud Juliaca, Enero – Abril del 2016. 2016;121.
43. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Seguridad del paciente en enfermería: Su

gestión, implementación y medición. Rev Médica Clínica Las Condes. mayo de 2018;29(3):278-87.

44. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Méndez Valencia S, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. 6a ed. México, D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
45. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Education; 2018.
46. Sánchez Carlessi H, Sánchez Vargas Y, Gonzáles Moreyra R. Metodología y diseño de la investigación científica. 2015. 251 p.





**ANEXOS**

## ANEXO N° 01: Matriz de Consistencia

**Título: GESTIÓN DEL CUIDADO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA SANIDAD - POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ, HUANCAMELCA 2022**

**Autora: Bach. ALLASI PARI, Tania Consuelo**

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p><b>Problema General:</b> ¿Cuál es la relación que existe entre la gestión del cuidado en salud y seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica?</p> <p><b>Problemas específicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>¿Cuáles la relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión estructura y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica?</li> <li>¿Cuáles la relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión proceso y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica?</li> <li>¿Cuáles la relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión resultados y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica?</li> <li>¿Cuáles la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica?</li> <li>¿Cuáles la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica?</li> <li>¿Cuáles la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica?</li> </ol>	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar la relación que existe entre la gestión del cuidado en salud y seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</p> <p><b>Objetivos Específicos:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Caracterizar a la población de estudio la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</li> <li>Establecer la relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión estructura y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</li> <li>Precisar la relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión proceso y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</li> <li>Identificar la relación que existe entre la gestión del cuidado en su dimensión resultados y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</li> <li>Establecer la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</li> <li>Precisar la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</li> <li>Identificar la relación que existe entre la gestión del cuidado y</li> </ol>	<p><b>Hipótesis General:</b> Existe relación entre la gestión del cuidado en salud y seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</p> <p><b>Hipótesis específicas:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Existe relación entre la gestión del cuidado en su dimensión estructura y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</li> <li>Existe relación entre la gestión del cuidado en su dimensión proceso y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</li> <li>Existe relación entre la gestión del cuidado en su dimensión resultados y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</li> <li>Existe relación entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</li> <li>Existe relación entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</li> <li>Existe relación entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos en la</li> </ol>	<p><b>Variable 1:</b> <b>Gestión del cuidado</b></p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estructura</li> <li>✓ Proceso</li> <li>✓ Resultados</li> </ul> <p><b>Variable 2:</b> <b>Seguridad del paciente en la atención</b></p> <p><b>Dimensiones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Seguridad en la información</li> <li>✓ Seguridad del entorno</li> <li>✓ Seguridad al no de eventos adversos</li> </ul>	<p><b>Tipo de investigación:</b> Descriptiva, Correlacional</p> <p><b>Nivel de investigación:</b> Correlacional</p> <p><b>Diseño de investigación:</b> Descriptivo – correlacional</p> <div style="text-align: center;"> <p>Donde: M = Muestra O<sub>1</sub> Variable 1 O<sub>2</sub> Variable 2 O<sub>3</sub> Variable 3 r = relación entre las dos variables</p> </div> <p><b>Población:</b> 1092 participantes del personal de primera línea policial de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Huancavelica.</p> <p><b>Muestra:</b> Probabilística, conformada por 284 participantes del personal de primera línea policial de Huancavelica.</p> <p><b>Técnicas e instrumentos:</b> <b>Encuesta</b> - cuestionario de encuesta</p> <p><b>Técnicas de procesamiento de datos:</b></p> <p>Las tablas de distribución de frecuencias (absoluta y la porcentual) con las que se procesarán los ítems de los cuestionarios de encuesta.</p> <p>Asimismo, se tendrá en cuenta los gráficos estadísticos, entre ellos el histograma de frecuencias que servirá para visualizar e interpretar los resultados.</p>

	<p>entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.</p>	<p>eventos adversos en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica</p>	<p>La rho de Spearman para la contrastación de hipótesis.</p>
--	--	--	---



## Anexo N° 02: Instrumento de Recolección de Datos



**Instrucciones:** Llene y/o marque con una X según corresponda el enunciado

### Datos Generales:

Edad: .....Sexo: M ( ) F ( )

Profesión: .....

Tiempo de servicio:.....años.

Condición Laboral: Contratado ( ) Nombrado ( )

Cuestionario

### GESTIÓN DEL CUIDADO

Nº	Componente	Si	No	Referencia
<b>Estructura – Del Servicio de Atención</b>				
1.	¿Tiene definida la <b>misión de la jefatura/departamento/área</b> de atención?			
2.	¿Tiene definida la <b>visión</b> de jefatura/departamento/área de atención			
3.	¿Tiene definidos los <b>valores corporativos</b> ?			
4.	¿Tiene definida para la jefatura/departamento/área los <b>objetivos estratégicos</b> del Cuidado de enfermería?			
5.	¿Tiene definido para la jefatura/departamento/área la <b>política</b> de Calidad del Cuidado de enfermería?			

Estructura – Sistema de Gestión - Planeación				
6.	¿La jefatura/departamento/área de atención dispone de <b>plan operativo</b> en contexto con el Plan estratégico de la Institución?			
7.	¿La jefatura/departamento/área de atención, ha establecido los <b>objetivos</b> de calidad del cuidado, en los usuarios?			
8.	¿La jefatura/departamento/área de atención dispone de un <b>presupuesto</b> ?			
9.	¿La jefatura/departamento/área de atención tiene definido un <b>Modelo de Cuidado</b> para la Institución?			
10.	¿Se ha establecido el <b>Proceso de Atención</b> para el cuidado de los usuarios que demandan sus servicios en la dependencia de Enfermería?			
11.	¿La jefatura/departamento/área determina los <b>requerimientos de talento humano</b> (enfermeras, auxiliares de enfermería) básicos e indispensables para dar respuesta a la demanda?			
12.	¿La jefatura/departamento/área participa en el <b>proceso de reclutamiento, selección y vinculación</b> del personal de enfermería?			
13.	La jefatura/departamento/área dispone de un <b>Manual de funciones</b> para el personal de enfermería actualizado			
14.	La jefatura/departamento/área dispone de un <b>Manual de procedimientos</b> para el personal de enfermería			
15.	La jefatura/departamento/área dispone de <b>Guías/protocolos de cuidado</b> para el personal de enfermería			

16.	¿La jefatura/departamento/área cuenta con un <b>sistema de información</b> ?			
17.	¿La jefatura/departamento/área cuenta con un <b>indicador de calidad</b> ?			
	Riesgos de caídas			
	Identificación correcta			
	Administración de medicamentos			
	Riesgos de UPP			
	Rondas de seguridad			
<b>Estructura – Sistema de Gestión - Organización</b>				
18.	¿La <u>jefatura/departamento/área</u> tiene establecido un equipo de personas <u>para la proyección del Cuidado</u> de Enfermería a nivel operativo?			

19.	Delega la enfermera (coordinadora/directora/jefa) en el equipo de trabajo, acciones para proyectar el <b>Plan de acción de la jefatura/departamento/área</b> para el Cuidado de Enfermería a nivel operativo			
20.	¿La <b>toma de decisiones</b> de la dependencia (coordinación/dirección/jefa) se sustentan en la información sistematizada?			
21.	¿La <b>jefatura/departamento/área</b> tiene definidos los <b>puestos de trabajo</b> de enfermería?			
22.	¿La <b>jefatura/departamento/área</b> hace seguimiento a la <b>ejecución del presupuesto</b> ?			
23.	¿La <b>jefatura/departamento/área</b> de enfermería asigna el <b>talento humano y los recursos</b> necesarios en los servicios?			
24.	¿La <b>jefatura/departamento/área</b> de Enfermería lidera, motiva y exige al talento humano adherencia al <b>¿Manual de Funciones del personal de enfermería?</b>			
25.	¿La <b>jefatura/departamento/área</b> de Enfermería lidera, motiva y exige al talento humano adherencia a las <b>guías de procedimiento?</b>			
26.	¿La <b>jefatura/departamento/área</b> de Enfermería lidera, motiva y exige al talento humano adherencia a los <b>protocolos de atención?</b>			
27.	¿El personal de enfermería conoce, respeta y sigue los conductos regulares en la <b>organización de enfermería?</b>			
28.	¿La <b>jefatura/departamento/área</b> de enfermería aplica <b>procesos comunicativos</b> con el nivel operacional?			
	Dialogo directo			
	Comunicados			
	Memorandos			
	Intranet			
29.	¿Constata que el <b>sistema de información</b> de la <b>jefatura/departamento/área</b> de enfermería se está alimentando y de acuerdo a lo planeado?			

Estructura – Sistema de Gestión – Control y Mejora			
30.	¿La <i>jefatura/departamento/área</i> de enfermería fomenta el <b>autocontrol</b> en cada uno de los integrantes?		
31.	¿La <i>jefatura/departamento/área</i> de Enfermería hace el <b>control</b> a través de...		
Análisis de la información			
Listas de Chequeo			
Evaluación del personal			
32.	¿La <i>jefatura/departamento/área</i> de enfermería hace la <b>evaluación</b> del personal a su cargo?		
33.	¿Enfermería <b>evalúa el avance logrado</b> en la consecución de los objetivos de calidad del cuidado?		
34.	¿Enfermería <b>identifica los problemas</b> o puntos problemáticos del proceso de atención?		
35.	¿Enfermería toma las decisiones pertinentes destinadas a <b>resolver los problemas</b> que afectan la calidad del cuidado?		
36.	¿Enfermería <b>implementa oportunamente las decisiones tomadas</b> , destinadas a resolver los problemas que afectan la calidad del cuidado ofertado y brindado?		
37.	¿Enfermería realiza un <b>seguimiento continuo</b> para comprobar el impacto o efectividad de las medidas tomadas para mejorar la calidad del cuidado?		
38.	¿Enfermería <b>planifica la mejora continua</b> de la calidad del cuidado?		
39.	¿Enfermería <b>lidera el rediseño y socializa lo planificado</b> en aras de la mejora continua de la calidad del cuidado?		
40.	¿Enfermería ha logrado <b>motivar y mantener en coordinación con el nivel operativo</b> , y en forma continua la prevención de eventos adversos en alguna unidad funcional de atención?		

Proceso – Relación Capacitación			
41.	¿Se llevan a cabo <b>prácticas formativas</b> de enfermería en esta institución?		
42.	¿Se llevan a cabo <b>actividades de extensión</b> de enfermería en su hospital?		
43.	¿Se llevan a cabo <b>actividades investigativas</b> de enfermería, en su hospital?		
Proceso – Modelo de Enfermería			
44.	¿Existe en su hospital un <b>modelo de cuidado</b> basado en las teorías de enfermería que orienta el cuidado de Enfermería?		
45.	¿Existen <b>instrumentos informatizados</b> diseñados que faciliten la planificación de los cuidados y ofrezcan información directa acerca de las intervenciones llevadas a cabo?		
46.	¿Existe un sistema de información que permita evaluar la <b>efectividad y la eficiencia</b> de los cuidados?		
47.	¿Se lleva a cabo la <b>gestión por competencias</b> en enfermería como servicio?		
48.	¿Se lleva a cabo la <b>gestión del conocimiento</b> en el servicio de enfermería?		
Resultado			
49.	¿Evalúa Enfermería, en esta institución, la <b>satisfacción de sus usuarios internos</b> ?		
50.	¿Evalúa Enfermería en esta institución, la <b>satisfacción de sus usuarios externos</b> ?		
51.	¿Enfermería, en esta institución, ha logrado <b>motivar, promover y mantener en coordinación</b> con el nivel operativo, la plena satisfacción del usuario externo?		
52.	¿Enfermería, en esta institución, ha logrado <b>motivar, promover y mantener en coordinación</b> con el nivel operativo, la prevención de eventos adversos?		
53.	¿Enfermería, lidera y coordina acciones orientadas al logro de los <b>objetivos institucionales</b> (eficacia) con el menor uso de recursos posible (eficiencia)?		



## CUESTIONARIO SOBRE LA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE



### Instrucciones

Este cuestionario solicita sus opiniones acerca de temas de seguridad de los pacientes, que perciben durante su atención en la Sanidad de la PNP-Huancavelica le llevará de 10 a 15 minutos completarlo.

Nunca	Casi Nunca	A Veces	Casi Siempre	Siempre
1	2	3	4	5

<b>Seguridad en la información</b>						
Nº	Ítems	1	2	3	4	5
1	La institución le brinda información sobre normas hospitalarias					
2	El profesional de la salud le brinda información y un trato amable					
3	Antes de realizarle algún procedimiento le brindan información y le permiten la participación en decisiones de su tratamiento.					
4	Le brindan información sobre el uso de medicamentos para su tratamiento					
5	El profesional de la salud le brinda información sobre documentos de autorización para intervención o procedimientos invasivos a realizar					
6	El profesional de la salud de brinda información al paciente y familia sobre la continuidad de los cuidados en el domicilio.					
<b>Seguridad del entorno</b>						
7	La Sanidad ofrece accesibilidad física en lugares de alto tránsito.					
8	La Sanidad ofrece un entorno físico seguro dentro de sus instalaciones.					
9	La Sanidad cuenta con servicio de ambulancia para traslado del paciente en caso lo requiera.					
<b>Seguridad en eventos adversos</b>						
10	La Sanidad a través de los profesionales de la salud proporciona sentimiento de seguridad en la atención brindada.					
11	La Sanidad ofrece mecanismos de seguridad contra caídas o golpes durante su estancia.					
12	La Sanidad brinda seguridad al paciente con presencia de					

	lesiones y otros durante la atención o cuidado que oferta a través de sus profesionales.					
--	--	--	--	--	--	--

**Gracias por completar este cuestionario.**





## Anexo N° 03: Consentimiento Informado



Yo, ..... identificada con DNI N° ..... manifiesto que eh sido informado/a por la profesional Investigadora sobre los detalles / implicancias / beneficios del estudio de investigación titulado “GESTIÓN DEL CUIDADO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA SANIDAD DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ- HUANCVELICA”, comprendo y estoy satisfecho(a) con la información recibida contestándome a todas las preguntas que he considerado conveniente que me fueran aclaradas.

En consecuencia, doy mi consentimiento, para la aplicación del instrumento de recolección de datos del presente proyecto de investigación.

Firma: Apellidos y Nombres

DNI.....

Fecha: .....

|



# Anexo N° 04: Base de datos

datos.tania.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Sexo	Edad	Profesi	tiempsen/	Conclab	v1	v2	v3	v4	v5	v6	v7	v8	v9	v10
1	Masculino	25 a 34 años	Policia	1 a 5 años.	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
2	Masculino	25 a 34 años	Policia	11 a 15 añ...	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00
3	Femenino	25 a 34 años	Policia	1 a 5 años.	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
4	Masculino	35 a 44 años	Policia	11 a 15 añ...	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00
5	Masculino	25 a 34 años	Policia	11 a 15 añ...	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
6	Masculino	35 a 44 años	Policia	11 a 15 añ...	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00
7	Masculino	25 a 34 años	Policia	1 a 5 años.	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
8	Masculino	35 a 44 años	Policia	11 a 15 añ...	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00
9	Masculino	35 a 44 años	Policia	11 a 15 añ...	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00
10	Femenino	25 a 34 años	Policia	11 a 15 añ...	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
11	Masculino	35 a 44 años	Policia	16 a 20 añ...	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00
12	Masculino	25 a 34 años	Policia	1 a 5 años.	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
13	Masculino	35 a 44 años	Policia	16 a 20 añ...	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00
14	Femenino	25 a 34 años	Policia	1 a 5 años.	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
15	Masculino	25 a 34 años	Policia	1 a 5 años.	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
16	Masculino	35 a 44 años	Policia	16 a 20 añ...	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00
17	Masculino	35 a 44 años	Policia	1 a 5 años.	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00
18	Masculino	25 a 34 años	Policia	1 a 5 años.	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
19	Masculino	35 a 44 años	Policia	16 a 20 añ...	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00
20	Femenino	25 a 34 años	Policia	1 a 5 años.	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
21	Masculino	25 a 34 años	Policia	6 a 10 años.	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
22	Masculino	25 a 34 años	Policia	1 a 5 años.	Nombrado	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
23	Femenino	25 a 34 años	Policia	6 a 10 años.	Nombrado	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

datos.tania.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	a1	a2	a3	a4	a5	a6	a7	a8	a9	a10	a11	a12	estrservatenc	estrsistemgest
1	si siempre	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	10.00	24.00						
2	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	A veces	A veces	A veces	A veces	10.00	20.00
3	si siempre	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	10.00	24.00						
4	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	A veces	A veces	A veces	10.00	20.00
5	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	10.00	24.00
6	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	A veces	A veces	A veces	10.00	20.00
7	si siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	10.00	24.00						
8	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	A veces	A veces	10.00	20.00
9	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	A veces	A veces	A veces	10.00	20.00
10	si siempre	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	10.00	24.00
11	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	A veces	A veces	A veces	10.00	20.00
12	si siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	10.00	24.00					
13	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	A veces	A veces	A veces	A veces	10.00	22.00
14	si siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	10.00	24.00
15	si siempre	Casi siempre	10.00	24.00										
16	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	A veces	A veces	A veces	10.00	20.00
17	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	A veces	A veces	A veces	A veces	10.00	22.00
18	si siempre	Casi siempre	10.00	24.00										
19	A veces	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	A veces	Casi siempre	A veces	A veces	10.00	20.00
20	si siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Siempre	10.00	24.00
21	Siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	10.00	24.00
22	si siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	9.00	24.00
23	si siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre	10.00	24.00

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode ON

datos.tania.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

9 : seguridad1 1 Visible: 92 de 92 variables

	proceso	estructura1	proceso1	resultado1	gestioncuidado1	segundainform1	segundadentorno1	segundadventadever1	seguridad1
1	16.00	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Buena	Buena	Buena	Buena
2	16.00	Inadecuado	Adecuado	Adecuado	Inadecuado	Mala	Regular	Mala	Mala
3	16.00	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Buena	Buena	Buena	Buena
4	16.00	Inadecuado	Adecuado	Adecuado	Inadecuado	Mala	Regular	Mala	Mala
5	16.00	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Buena	Buena	Buena	Buena
6	16.00	Inadecuado	Adecuado	Adecuado	Inadecuado	Mala	Regular	Mala	Mala
7	16.00	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Buena	Buena	Buena	Buena
8	16.00	En proceso de mej...	Adecuado	Inadecuado	En proceso de mejora	Mala	Regular	Mala	Mala
9	15.00	Inadecuado	Inadecuado	Adecuado	Inadecuado	Mala	Regular	Mala	Mala
10	16.00	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Buena	Buena	Buena	Buena
11	16.00	Inadecuado	Adecuado	Adecuado	Inadecuado	Mala	Regular	Mala	Mala
12	16.00	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Buena	Buena	Buena	Buena
13	16.00	En proceso de mej...	Adecuado	Adecuado	En proceso de mejora	Mala	Regular	Mala	Mala
14	16.00	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Buena	Buena	Buena	Buena
15	16.00	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Buena	Regular	Buena	Buena
16	15.00	En proceso de mej...	Inadecuado	Adecuado	En proceso de mejora	Mala	Regular	Mala	Mala
17	16.00	En proceso de mej...	Adecuado	Adecuado	En proceso de mejora	Mala	Regular	Mala	Mala
18	16.00	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Buena	Regular	Buena	Buena
19	16.00	Inadecuado	Adecuado	Adecuado	Inadecuado	Mala	Regular	Mala	Mala
20	16.00	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Buena	Buena	Buena	Buena
21	16.00	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Buena	Buena	Buena	Buena
22	16.00	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Buena	Buena	Buena	Buena
23	16.00	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Adecuado	Buena	Buena	Buena	Buena

Vista de datos Vista de variables

datos.tania.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

79 : v46 2.00 Visible: 92 de 92 variables

	v46	v47	v48	v49	v50	v51	v52	v53	a1	a2	a3	a4	a5	a6	a7
57	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	Casi siempre	Casi siempre	Siempre	Siempre	Siempre	Casi siempre	Siempre
58	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	Casi siempre						
59	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	Casi siempre						
60	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	Casi siempre						
61	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces	Casi siempre	Casi siempre				
62	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces	Casi siempre	Casi siempre				
63	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	A veces	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	A veces	Casi siempre
64	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces	Casi siempre					
65	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre
66	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	Casi siempre						
67	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces	Casi siempre	Casi siempre				
68	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces	Casi siempre	Casi siempre				
69	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces	Casi siempre	Casi siempre				
70	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	Casi siempre						
71	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi siempre	Casi siempre	Casi siempre
72	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces	Casi nunca	A veces	A veces	Casi siempre	Casi nunca	A veces
73	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces	Casi nunca					
74	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces	A veces	A veces	A veces	Casi nunca	A veces	Casi siempre
75	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces						
76	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces						
77	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces						
78	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	Casi siempre						
79	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	A veces	Casi nunca	Casi nunca				

Vista de datos Vista de variables

## Anexo N° 05: Artículo Científico

### GESTIÓN DEL CUIDADO Y SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA SANIDAD - POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ, HUANCVELICA 2022.

Allasi T.

Unidad de Pos Grado de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú

#### RESUMEN:

**Objetivo:** determinar la relación que existe entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, nivel correlacional, método inductivo-deductivo y específico, con diseño no experimental transeccional descriptiva y correlacional, contó con una población de 1092 efectivos policiales de los cuales se obtuvo una muestra 284.

**Resultados:** existe mayor cantidad de policías de sexo masculino 58.10% (165), la edad más frecuente está entre los 25 a 24 años 69.01% (196); el 100% (284) son policías con condición laboral nombrada; la mayor frecuencia de tiempo de servicio está entre los 6 a 10 años; 61.27% (174) policías expresan que la gestión del cuidado es adecuado y la seguridad del paciente es buena; a diferencia de 26.06% (74) que manifiesta que la gestión del cuidado es inadecuado y la seguridad del paciente mala. Dentro de las dimensiones de la gestión del cuidado y seguridad del paciente que resaltan tenemos 27.46% (78) mencionan que la dimensión estructura es inadecuado y la seguridad de la paciente mala; 24.65% (70) expresan que la dimensión proceso es adecuado y la seguridad de la paciente mala; un 2.11% (06) expresan que la dimensión resultados es inadecuado y la seguridad de la paciente mala.

**Conclusión:** existe relación positiva fuerte entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú de Huancavelica con un valor de "rho" = -0,927 (p=0,000<0.05).

**Palabras clave:** Gestión del cuidado; seguridad del paciente; policía.

### PATIENT CARE AND SAFETY MANAGEMENT IN HEALTH - NATIONAL POLICE OF PERU, HUANCVELICA 2022.

Allasi T.

Postgraduate Unit of the Faculty of Nursing, National University of Huancavelica, Huancavelica, Peru

#### RESUME:

**Objective:** to determine the relationship between care management and patient safety in the Health - National Police of Peru - Huancavelica 2022.

**Materials and methods:** Descriptive study, correlational level, inductive-deductive and specific method, with non-experimental transactional descriptive and correlational design, had a population of 1092 police officers, of which a sample of 284 was obtained.

**Results:** there is a greater number of male police officers 58.10% (165), the age of greatest frequency is between 25 to 24 years 69.01% (196); 100% (284) are police officers with named employment status; the highest frequency of service time is between 6 to 10 years; 61.27% (174) police officers express that care management is adequate and patient safety is good; unlike 26.06% (74) police officers who state that care management is inadequate and patient safety is poor. Within the dimensions of care management and patient safety that stand out, we have 27.46% (78) mention that care management in its structural dimension is inadequate and patient safety is poor; 24.65% (70) express that care management in its process dimension is adequate and patient safety is poor; 2.11% (06) express that care management in its results dimension is inadequate and patient safety is poor

**Conclusion:** there is a strong positive relationship between care management and patient safety in the Huancavelica National Police of Peru Health with a value of "rho" = -0.927

( $p=0.000<0.05$ ).

**Keywords:** Care management; patient safety; police.

## INTRODUCCIÓN.

Las organizaciones, instituciones de salud a nivel mundial comparten gran cantidad de problemas análogos respecto al costo y cuidado, pero cada zona a nivel país, regional, comunidad y familia también tienen desafíos sobre temas referentes a factores demográficos, de gobierno, financieros y clínicos con énfasis a nivel local (1).

Las instituciones de salud no se encuentran exentas de la velocidad de transformación y cambio que se vive en la actualidad por el proceso de globalización (2). Además, “existe una atención no regulada de carácter comercial, los límites entre agentes públicos y privados no están claros y la negociación de las prestaciones y los derechos está cada vez más politizada”. Así mismo, la era de la información está transformando las relaciones entre ciudadanos, profesionales y políticos (2). Un estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre la situación mundial de la salud, evidencia las tendencias de los procesos mórbidos; por ejemplo: la depresión subió desde el 4to lugar el año 2000 al 2do el año 2020 (2).

“En un entorno cada vez más complejo, sus actores, principalmente, los médicos y enfermeras, tendrán que hacer esfuerzos para adaptarse al cambio, para cubrir las nuevas necesidades y expectativas que en torno a la salud demande la población”. La orientación del sistema sanitario hacia la conservación de la salud, en contraposición con la antigua orientación hacia el tratamiento de la enfermedad, implica nuevos roles para los profesionales de enfermería en este ámbito de actuación, obligándolos a desarrollar responsabilidades de fomento, promoción y prevención en salud, seguimiento y control de las enfermedades crónicas (2).

En el mundo hay más del 80% de los profesionales que se encuentra en países cuyas poblaciones, en conjunto, representan la mitad de la población mundial (3). En el mundo se estima un déficit de 5,9 millones de profesionales de la salud, y se estima que el 89% (5,3 millones) de esta carencia se encuentra en los países en vías de desarrollo de bajos y medianos recursos (3).

En América Latina existen un aproximado de 28 millones de profesionales de primera línea, haciendo un 30%, unos 8,4 millones, representando un 56% de la potencia laboral del sector salud, siendo un porcentaje mucho más bajo al promedio mundial, el cual es de 59%; la mayor frecuencia corresponde a profesionales de enfermería y la diferencia porcentual a otros profesionales (3).

En los Estados Unidos “la tercera causa de muerte son los eventos adversos en pacientes hospitalizados seguida de las enfermedades del corazón y el cáncer, causando al menos 250000 muertes cada año. Estos eventos impactan negativamente en la eficiencia de la gestión del cuidado en los hospitales y hablando en términos económicos representa un 12 a un 15% del gasto hospitalario” (4).

De acuerdo a la OMS (5) anualmente se producen 134 millones de sucesos adversos, debido a una atención insegura en las instituciones prestadoras de servicios de salud en países de ingresos bajos y medios, provocando 2,6 millones de decesos. “En diferentes estudios se estimaron que alrededor de 2/3 tercios de todos los eventos adversos resultantes de una atención poco segura y los años perdidos por discapacidad y muerte se producen en países de ingresos bajos y medios”.

Los sucesos adversos pueden estar en relación con problemas en la gestión del cuidado, en la seguridad del paciente, a la práctica clínica, de los productos, de los procedimientos o del sistema (6). “La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca una amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales, incluido el control de las infecciones; el uso seguro de los medicamentos, y la seguridad de los equipos, de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria” (6).

En esa línea, la Red Internacional de Gestión del Cuidado (RIGC), perteneciente a las Redes Internacionales de las Américas (RIENFA), ha sido creada con el objetivo de difundir intereses, saberes y experiencias respecto a la gestión del cuidado, engarzando teoría y práctica, a través del desarrollo de avances que concienticen la práctica profesional y colaboren con las mejoras en la calidad y seguridad de los cuidados (7).

En Chile, los profesionales de primera línea, representan el grupo ocupacional más grande de la fuerza de trabajo del cuidado para la salud (70% del total) (8). Entregando el mayor porcentaje de atención en todos los niveles del continuo del cuidado, lo que representa una proporción significativa de los costos

operativos de las respectivas instituciones de salud (8). Y según la OMS, “el personal de primera línea abarca la atención autónoma en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias” (9). “Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal”.

La situación de la salud del Perú es diversa, existen muchas diferencias, las cuales se relacionan con el nivel socioeconómico (pobreza; desigualdades sociales, malas condiciones de vida y escaso acceso a servicios de salud). Lo que explica las enormes brechas que existen entre la población urbana y la rural (10).

El rol del sistema de salud del Perú “deviene, particularmente, relevante a través de la ausencia o presencia de barreras de acceso a los servicios de salud individuales o colectivos y a la cobertura o capacidad del sistema para responder a las necesidades de salud de la población” (11). El Ministerio de Salud peruano mencionó que “dista mucho de los estándares de calidad recomendados, con notables deficiencias en la capacidad resolutoria debido a la falta de métodos de ayuda diagnóstica, falta de equipamiento y deficiencia en la adquisición de medicamentos e insumos; es inadmisibles que un hospital de nivel referencial no cuente con estudios de imagen como resonancia magnética nuclear o angiografías; y otros” (12).

Muchos pacientes necesitan una atención en la que se requiere la toma de decisiones conjuntas entre varios actores y/o servicios (12). La estructura actual de atención, en la mayoría de los hospitales, hace que la evaluación a través de interconsultas sea tediosa e ineficiente (12).

El sistema de gestión de la calidad en salud que el Ministerio de Salud preside, “se enmarca dentro de los lineamientos de política del sector salud, que se traduce en políticas y objetivos de calidad orientadas a la búsqueda permanente de la mejora de la calidad de atención” (13).

La calidad en la prestación de los servicios de salud de la Dirección de Salud de la Policía Nacional del Perú (Dirsapol) es sin duda el accionar medular en la gestión de los servicios en salud, no sólo por la cumplir o aspirar a la mejora de los servicios institucionales en las dependencias u organismos del sector, sino, sobre todo, porque en el eje de todos los procesos se encuentra la vida de las personas, cuya salud debe ser promovida y protegida como obligación insoslayable de la institución (15).

En Lima en un estudio realizado por Soto se identificó “un alto nivel de incumplimiento de las Normas Técnicas de Salud en los servicios de consulta externa, emergencia, farmacia, diagnóstico por imágenes y laboratorio que brindan los hospitales e institutos especializados de salud públicos a nivel nacional, lo que genera el riesgo de una inadecuada atención a los pacientes” (12).

El profesional de primera línea proporciona cuidados dentro de diferentes áreas asistenciales a enfermos con enfermedades que requieren una atención mediata e inmediata al encontrarse en situación crítica o que supone en riesgo su vida y enfermos en fase terminal, en el cual los profesionales de primera línea se desempeña asumiendo decisiones basadas en la experiencia y conocimientos científicos, respetando la ética profesional fundamentada en sus respectivos códigos de ética institucional (14).

La gestión clínica desarrollada en Hospitales Militares de Chachapoyas menciona que se requiere “aplicar conocimientos del ámbito clínico y gerencial para desarrollar sus 2 pilares fundamentales: la gestión médica de “curar” y la gestión de cuidado “cuidar”, dichos ejes o pilares de la atención sanitaria son además enriquecidos con la participación de otras disciplinas que ofrecen respuestas a los problemas de salud de la población, dándole el carácter multidisciplinario al proceso de atención de salud de acuerdo a las necesidades del individuo, familia y/o comunidad” (15).

En la actualidad el usuario que llega a la Sanidad de la Policía Nacional de Salud requiere una atención, es mucho más exigente, expresando diversas razones, para que la prestación del servicio sea inmediata y de calidad. El usuario exige que se le presten servicios óptimos y oportunos, lo cual el personal de salud que trabajan en estos espacios sanitarios debe de trabajar en competencias científicas y principios éticos además de actitudes y habilidades que respondan a sus necesidades, ello se traduce en la relación que hay entre gestión de cuidados y por consiguiente la perspectiva de garantizar la seguridad en la atención. Respecto a la calidad y cuidado que brinda el profesional de salud en la sanidad de la PNP de Huancavelica a través de un sondeo con preguntas cerradas aplicadas a pacientes que ingresaban por un servicio obteniendo resultados 33% no sabe no opina, 26% considera que la calidad de atención que brinda el personal de salud es buena, 41% considera que es mala. En base a dicha información se plantea

la siguiente pregunta.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

estudio descriptivo, nivel correlacional, método inductivo-deductivo y específico, con diseño no experimental transeccional descriptiva y correlacional, contó con una población de 1092 efectivos policiales de los cuales se obtuvo una muestra 284.

## **RESULTADOS**

existe mayor cantidad de policías de sexo masculino 58.10% (165), la edad de mayor frecuencia está entre los 25 a 24 años 69.01% (196); el 100% (284) son policías con condición laboral nombrada; la mayor frecuencia de tiempo de servicio está entre los 6 a 10 años; 61.27% (174) policías expresan que la gestión del cuidado es adecuado y la seguridad del paciente es buena; a diferencia de 26.06% (74) policías quienes manifiestan que la gestión del cuidado es inadecuado y la seguridad del paciente mala. Dentro de las dimensiones de la gestión del cuidado y seguridad del paciente que resaltan tenemos 27.46% (78) mencionan que gestión del cuidado en su dimensión estructura es inadecuado y la seguridad de la paciente mala; 24.65% (70) expresan que la gestión del cuidado en su dimensión proceso es adecuado y la seguridad del paciente, mala; un 2.11% (06) expresan que la gestión del cuidado en su dimensión resultados es inadecuado y la seguridad del paciente, mala.

## **DISCUSIÓN:**

La tesis desarrollo dos variables fundamentales en el proceso de atención que brindan las instituciones prestadoras de salud tal como la Sanidad de la Policía nacional del Perú de la ciudad de Huancavelica; siendo las variable gestión del cuidado, la cual es definida por Kristen Swanson (30) como el ejercicio profesional de la enfermera que se sustenta en la ciencia del cuidado; y también la variable seguridad del paciente, la cual es definida por Chambí (42) como los procesos que evitan errores y déficit de calidad que perjudiquen no solo al usuario, sino también al trabajador y entidad generando el incremento de los gastos sanitarios. Lo mencionado colige con Lo manifestado por las autoras se reflejan en el quehacer cotidiano de la actividad del profesional de enfermería por lo que toma relevancia el abordaje de la temática, obteniendo resultados sumamente interesantes que se pueden comparar y objetar con otros investigadores tal cual se detalla.

El estudio obtuvo información relevante sobre sexo, edad, profesión, tiempo de servicio, condición laboral de los usuarios que asisten a la Sanidad, quienes expresaron su sentir mediante el llenado de los instrumentos evidenciando aspectos sobre las variables gestión del cuidado y seguridad del paciente, los cuales se pueden tomar como evidencia vivida según característica del paciente; sin embargo; Zoraida Huaranga Galarza María Saico Ninahuaman, (2018) difieren con los hallazgos pues dichos autores expresan que las variables demográficas no genera existencia de influencia en la percepción de los pacientes ante la calidad de atención de enfermería (24). Lo que pone en tribuna de debate para los investigadores que deseen aclarar dicha controversia. Por otra parte, se podría expresar que interfieren otras variables sobre la valoración de los resultados es así que Porras & Dolores, (2019) expresan que la gestión del cuidado enfermero también dependerá de las condiciones generales de los pacientes antes, durante y después del tratamiento (19). Concordando también con Judith Hermila Delgado Osos, (2016) que el cuidado de la enfermera durante las 24 horas del día, se da mediante brindar privacidad, orientación, administración de medicamentos y soporte emocional; acciones que favorecen la gestión del cuidado y seguridad del paciente (23). Poniendo características propias de la enfermedad o condición de salud del usuario.

Así mismo dentro de los hallazgos se establece que existe relación positiva fuerte entre la gestión del cuidado y la seguridad del paciente. Dichos hallazgos toman relevancia al ser contrastados con las conclusiones de López Rivas et al., (2020) que concluye que la calidad percibida por los cuidadores primarios es regular y promueve la seguridad del paciente (25). También Polo, (2018), manifiesta que la calidad de atención de enfermería en las áreas críticas es buena, favoreciendo la seguridad del paciente (26) y se contraponen con lo expresado por Machuca Veliz & Chuquillanqui Anglas, (2018) quien expresa que no existe relación significativa pues resulta en relación baja entre la gestión de la calidad del cuidado en el servicio de emergencia del hospital Regional Ramiro Prialé Prialé EsSalud Huancayo 2018 (27).

Por otra parte, respecto a la gestión del cuidado, el presente estudio tomó como dimensiones la estructura, proceso y resultados para relacionarlas con la seguridad del paciente, así mismo; Ramírez Preciado, (2017) también trabajó con dichas dimensiones obteniendo datos como 70% de cumplimiento, en la dimensión estructura; 38% de cumplimiento en la dimensión proceso y un 42.5% de cumplimiento

en la dimensión resultado (29), ayudándolo a establecer la gestión del cuidado. La autora puede expresar que dicha categorización de dimensiones permitió establecer la gestión del cuidado.

Respecto a los demás hallazgos según dimensión por cada variable, se puede manifestar que ningún otro autor realizó dichas acciones, poniendo como información relevante que pone a disposición de la comunidad científica la autora y permite a través de las conclusiones de los autores relacionarlos de manera indirecta, obteniendo relevantes contrastes, es así que Castilla & Larios-Gómez, (2020) consideran que las dimensiones al cubrir mayor del 75% de las respuestas positivas los criterios no se cumplen, por lo tanto, todas las dimensiones se consideran como “oportunidad de mejora” (16). Dichas afirmaciones se reflejan en los resultados pues ninguna de las dimensiones supera al 75% en ambas variables estudiadas.

El estudio evidencia datos reflejados sin intervención sobre las variables de estudio; sin embargo; se cuenta con antecedentes que ponen en perspectiva de mejora lo obtenido, tal es el caso de Catalán-Ibars et al., (2020) quienes aplicaron un protocolo en el área de cuidados donde evidencian que los riegos de seguridad del paciente son bajas, siendo el principal factor de riesgo la ventilación mecánica invasiva (17). También Koikov et al., (2019) realizaron que fueron incluidas en los planes de acción, que ayudan en aumentar la eficacia del cuidado y facilita a la enfermera a mejorar la seguridad del paciente (20). Así mismo; Molaina Mula et al., (2020) expresan que los gestores deben ser conscientes de como diversos factores impactan sobre la calidad del cuidado y establezcan estrategias que mejoren la seguridad de los pacientes (18). Y Naldy Febré, Eu. Katherine Mondaca-Gómez, Eu. Paula Méndez-Celis Ms, (2018) expresan que se debe realizar colaboración entre los distintos niveles, para el desarrollo de un conjunto de indicadores orientados a evaluar la gestión del cuidado y seguridad (21). También se añan Jesús Molina Mula, Janeth Vaca Auz, Paulina Muñoz Navarro, (2016), que manifiestan que los gestores deben tomar conciencia de cómo estos factores están impactando de forma directa en la calidad de los cuidados y establecer estrategias que vayan dirigidas a mejorar los indicadores de seguridad del paciente (22). Por último, Aliaga et al., (2017) expresan que la enseñanza aprendizaje nordea el rol docente articulando al rol del enfermero asistencial, compartiendo modelos de enseñanza aprendizaje innovadores con estudiantes que fortalezcan la práctica profesional del cuidado y seguridad (28). La autora al tomar posición sobre los hallazgos de los autores que promueven la intervención a través de programas, intervención mediante ayuda de otros actores como docentes y demás; concuerda pues muchas de las variables de percepción no son única y exclusivamente de un área o sector, sino es de forma transversal y multifactorial, por lo que el presente estudio pone las bases del conocimiento para que diversos investigadores puedan a partir de ella realizar las acciones planteadas por los autores mencionados en este último párrafo.

#### **CONCLUSIONES:**

- Existe relación positiva fuerte entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en la Sanidad - Policía Nacional del Perú- Huancavelica 2022.
- Existe relación positiva fuerte entre la gestión del cuidado en su dimensión estructura y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.
- Existe relación positiva moderada entre la gestión del cuidado en su dimensión proceso y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.
- Existe relación positiva débil entre la gestión del cuidado en su dimensión resultados y la seguridad del paciente en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.
- Existe relación positiva moderada entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en la información en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.
- Existe relación positiva moderada entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad del entorno en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.

- Existe relación positiva fuerte entre la gestión del cuidado y seguridad del paciente en su dimensión seguridad en eventos adversos en la Sanidad de la Policía Nacional del Perú-Huancavelica.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Deloitte. Perspectiva Global del Cuidado de la Salud 2017. 2017;28.
2. Maya S, María Á. International trends in nursing care. *Investig Educ En Enferm*. julio de 2011;29(2):294-304.
3. Cassiani SHDB, Munar Jimenez EF, Umpiérrez Ferreira A, Peduzzi M, Leija Hernández C. La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Rev Panam Salud Pública*. 15 de mayo de 2020;44:e64.
4. Febré N, Mondaca-Gómez K, Méndez-Celis P, Badilla-Morales V, Soto-Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 1 de mayo de 2018;29(3):278-87.
5. OMS. Seguridad del paciente [Internet]. 2020 [citado 13 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
6. OMS. Seguridad del paciente [Internet]. WHO. World Health Organization; 2020 [citado 13 de septiembre de 2020]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
7. Umpiérrez AF, Cabrera LG. Red Internacinal de Gestión del Cuidado de Enfermería: Alcances y desafíos en el marco de la Cobertura Universal de Salud. *Rev Cuba Enferm [Internet]*. 4 de octubre de 2016 [citado 13 de septiembre de 2020];32(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1249>
8. Katherine Moondaca, Paula Mendez. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. 31 de diciembre de 2017 [citado 20 de febrero de 2020]; Disponible en: <file:///C:/Users/Ripley/Downloads/TESIS/ANTECEDENTES/TESIS%20DE%20CALIDAD%20DE%20ENFERMERIA%20.pdf>
9. OMS | Enfermería [Internet]. WHO. [citado 20 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/nursing/es/>
10. CEP, Perú. Normas de gestión de la calidad del cuidado enfermero. 2015;65.
11. MINSA, Perú. Análisis de Situación de Salud del Perú. [Internet]. 2019 [citado deseptiembre de 2020]. Disponible en: [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis\\_peru19.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf)
12. Soto A. Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. junio de 2019;36(2):304-11.
13. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P, Méndez Valencia S, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación. 6a ed. México, D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
14. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Education; 2018.
15. diseño de la investiagción científica. 2015. 251 p.