

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
PROGRAMA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA



**Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en una
institución de ESSALUD - Chimbote, 2025**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA
MENCIÓN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD**

AUTORA:

Lic. Enf. Cotos Alva, Ruth Marisol

DNI: 32927001

Código ORCID: 0000-0001-5975-7006

ASESORA:

Dra. Rosas Guzmán, Inés Concepción

DNI: 17867221

Código ORCID: 0000-0002-3543-1279

NUEVO CHIMBOTE - PERÚ

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
PROGRAMA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

Revisado y V.º B.º de:

Dra. Rosas Guzmán, Inés Concepción

DNI: 17867221

Código ORCID: 0000-0002-3543-1279

ASESORA

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA PRESENTACIÓN DE
TRABAJO ACADÉMICO - PROTECTOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
PROGRAMA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA



UNS
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

Revisado y V.º B.º de:

Dra. Morgan de Chancafe, Isabel

DNI: 32799966

Código ORCID: 0009-0008-2934-6255

PRESIDENTA

Dra. Cielo Díaz, Melissa

DNI: 44552820

Código ORCID: 0000-0001-7378-8824

SECRETARIA

Dra. Rosas Guzmán, Inés Concepción

DNI: 17867221

Código ORCID: 0000-0002-3543-1279

INTEGRANTE

ACTA DE CALIFICACIÓN DE LA SUSTENTACIÓN DE TRABAJO ACADÉMICO - PROSEPE

En el Distrito de Nuevo Chimbote, en la Universidad Nacional de Santa, en el
aula E1 - EPE, siendo las 11:00 horas del
día 10.02.2026, dando cumplimiento a la Resolución N°
152-2026-UNS-FC se reunió el Jurado Evaluador presidido por Dra. Isabel
Noyan de Chaurafa, teniendo como miembros a Dra. Melissa Cielo
Díaz (secretario) (a), y Dra. Turi Rosas Argués (integrante),
para la sustentación de TRABAJO ACADÉMICO a fin de optar el título de:
Segunda Especialidad Profesional en Enfermería Neonatal, Administración
y Gerencia en Salud
realizado por la (el) egresada (o):
Julieta Mariscal Coto Alva
quien sustentó el Trabajo Académico intitulado:
Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en
una institución de Salud - Chimbote, 2025.

Terminada la sustentación, el (la) egresada (o) respondió a las preguntas formuladas por los
miembros del jurado.

El Jurado después de deliberar sobre aspectos relacionados con el trabajo, contenido y
sustentación de este trabajo, y con las sugerencias pertinentes, declara la sustentación como
Excelente asignándole un calificativo de 20 (Veinte) puntos,
según artículo 111° del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del
Santa, vigente (Resolución N° 337-2024-CU-R-UNS)

Siendo las 12:15 horas del mismo día se dio por terminado el acto de sustentación firmando
los miembros del Jurado en señal de conformidad.


Nombre: Dra. Isabel Noyan de Chaurafa
Presidente


Nombre: Dra. Melissa Cielo Díaz
Secretario


Nombre: Dra. Turi Rosas Argués
Integrante

Distribución: Integrantes J.E (2), Egresada (1) y archivo (02).





Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Ruth Marisol Cotos Alva
Título del ejercicio: Tesis
Título de la entrega: Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del pacient...
Nombre del archivo: Trabajo_Acad_mico_Cotos__Alva_Ruth_Marisol_29-05-26.docx
Tamaño del archivo: 326.83K
Total páginas: 66
Total de palabras: 17,037
Total de caracteres: 99,590
Fecha de entrega: 02-jun-2026 11:12a. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2975043065

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
PROGRAMA SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA

 **UNS**
UNIVERSIDAD
NACIONAL DEL SANTA

Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en una
institución de ESSALUD - Chimbote, 2025

TRABAJO ACADÉMICO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA
MENCIÓN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SALUD

AUTORA:
Lic. Enf. Cotos Alva, Ruth Marisol
DSI: 32027801
Código ORCID: 0000-0001-5035-7066

ASESORA:
Dra. Rivas Gamboa, Ines Concepción
DSI: 13667221
Código ORCID: 0000-0002-5043-1279

NEUVI CHIMBOTE - PERÚ
2026

Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en una institución de ESSALUD - Chimbote, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%	14%	5%	7%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uns.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	repositorio.uct.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	virtual.urbe.edu Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	Submitted to Universidad Santiago de Cali Trabajo del estudiante	<1%
7	repositorio.puce.edu.ec Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	<1%
9	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.uiix.edu.mx Fuente de Internet	<1%
11	www.gob.pe Fuente de Internet	<1%

DEDICATORIA

El presente trabajo académico, está dedicado a mi familia, porque son el motor fundamental en mi vida, para mi esposo e hijo porque han sido un apoyo incondicional, que me ha permitido cumplir mis metas y objetivos en la vida.

Ruth

La Autora.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Santa y la Facultad de Ciencias por promover una enseñanza de calidad, que permite la formación de profesionales idóneos y altamente competitivos en la sociedad actual.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, que impartieron sus conocimientos y experiencias en la práctica de la administración y gerencia en Salud; a los servidores de esta casa de estudios que innovaron e impartieron sus enseñanzas de calidad, que han permitido incrementar nuestros conocimientos para el mejor desarrollo de nuestras capacidades profesionales durante el desempeño laboral.

Agradecer a mi hijo, esposo y familiares, quienes me apoyaron siempre en el logro de mis objetivos profesionales; a aquellas personas, compañeros, por brindarme tiempo e información en la etapa del desarrollo del presente trabajo de investigación.

Un agradecimiento especial a la Dra. Inés Concepción Rosas Guzmán, quien con sus enseñanzas y asesoría permitió encaminar el desarrollo del presente trabajo académico.

A ellos ¡Gracias!

La Autora.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE ANEXOS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN.....	14
1.1. Justificación e Importancia	14
1.2. Antecedentes	16
1.3. Marco Teórico.....	23
1.4. Planteamiento del Problema	29
1.5. Objetivos	33
II. CUERPO	34
2.1. Metodología	34
2.2. Resultados	40
2.3. Análisis e Interpretación	42
III. CONCLUSIONES	53
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
V. ANEXOS	63

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente por indicadores, expresado en número, porcentajes, promedio, mediana y desviación estándar.....	40
Tabla 2. Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente por dimensiones, expresado en número, porcentajes, promedio, mediana y desviación estándar.....	41
Tabla 3. Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente, expresado en número, porcentajes, promedio, mediana y desviación estándar.....	41

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.	63
Anexo 2. CUESTIONARIO. Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en una institución de ESSALUD - Chimbote, 2025.	64
Anexo 3. Baremos de interpretación por indicadores (8) en la Gestión de la calidad con enfoque de seguridad..	66
Anexo 4. Baremos de interpretación para la dimensión Estructura en la Gestión de la calidad con enfoque de seguridad.	66
Anexo 5. Baremos de interpretación para las dimensiones Proceso y de Resultados percibidos de seguridad del paciente en la Gestión de la calidad con enfoque de seguridad.	67
Anexo 6. Baremos de interpretación total en la Gestión de la calidad con enfoque de seguridad.	67

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar el nivel de Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en una institución de ESSALUD - Chimbote, 2025. La investigación fue de enfoque cuantitativo, tipo básico y diseño no experimental, transversal y descriptivo, evaluando una muestra de 170 pacientes hospitalizados mediante un instrumento estructurado en 24 preguntas con tres dimensiones y 8 indicadores. Los resultados determinaron que la variable se posicionó predominantemente en el nivel regular (68,82%), al igual que las dimensiones Estructura (61,18%) y Proceso (72,35%), mientras que Resultados percibidos mostró un nivel eficiente (47,65%) y regular (47,06%). Se concluye que la gestión de la calidad desde la seguridad del paciente se ubica mayoritariamente en un nivel regular, siendo vulnerables frente a riesgos asistenciales; la dimensión Estructura mayormente regular limita la primera barrera preventiva; la dimensión Proceso de mayoría regular refleja que los flujos de atención aún carecen de una estandarización consolidada; y la dimensión Resultados percibidos con mayores concentraciones en regular y eficiente exhibe una marcada paridad que mantiene al paciente bajo un escenario de ligera incertidumbre respecto a la constancia de la protección recibida en el centro de salud.

Palabras Clave: Gestión de la calidad, seguridad, paciente, ESSALUD.

ABSTRACT

The objective of the present study was to evaluate the level of quality management focused on patient safety at an ESSALUD institution - Chimbote, 2025. The research adopted a quantitative approach, a basic type, and a non-experimental, cross-sectional, and descriptive design, evaluating a sample of 170 hospitalized patients using an instrument structured into 24 questions across three dimensions and 8 indicators. The results determined that the variable was predominantly positioned at a fair level (68,82%), as were the Structure (61,18%) and Process (72,35%) dimensions, while Perceived Results showed an efficient (47,65%) and fair (47,06%) level. It is concluded that quality management from a patient safety perspective is mostly located at a fair level, leaving the system vulnerable to healthcare risks; the predominantly fair Structure dimension limits the primary preventive barrier; the mostly fair Process dimension reflects that care workflows still lack a consolidated standardization; and the Perceived Results dimension, with higher concentrations in the fair and efficient levels, exhibits a marked parity that keeps the patient in a state of slight uncertainty regarding the consistency of the protection received at the healthcare center.

Keywords: Quality management, safety, patient, ESSALUD.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Justificación e Importancia

La evaluación en los servicios de salud ha dejado de ser un mero requisito administrativo para convertirse en una exigencia ética y operativa dentro de las sociedades contemporáneas. La presente investigación, centrada en la gestión de la calidad desde la seguridad del paciente en ESSALUD Chimbote durante el año 2025, aborda una de las problemáticas más sensibles y estructurales del sistema sanitario peruano. Para comprender la verdadera magnitud y viabilidad de este trabajo, resulta indispensable desglosar su importancia desde tres frentes interconectados: teórico, práctico y social.

Desde un punto de vista teórico, este estudio responde a la necesidad de incrementar la literatura sobre gerencia en salud pública con evidencia empírica situada en un contexto local. La praxis clínica moderna ha demostrado que el concepto de calidad queda incompleto si se evalúa únicamente a través de indicadores de rendimiento administrativo, por lo que debe integrarse la seguridad del paciente como su columna vertebral. Tal como sostienen Castillo-Ayón et al. (2023), un modelo de gestión verdaderamente eficiente se evidencia en la capacidad institucional para reducir de manera sistemática los eventos adversos, asegurar el cumplimiento de los protocolos de seguridad y mitigar los riesgos inherentes a la atención hospitalaria. En este sentido, la investigación aporta al debate académico al analizar cómo las políticas de calidad del Seguro Social se ejecutan realmente en la microgestión diaria de un establecimiento público.

En el plano práctico, la pertinencia de este trabajo académico surge de la realidad documentada del sistema sanitario peruano. Las instituciones de salud enfrentan presiones operativas continuas, y de acuerdo con las investigaciones a nivel nacional, la gestión en los establecimientos de salud públicos en el Perú presenta deficiencias críticas marcadas por el déficit de recursos humanos, limitaciones presupuestales e infraestructura inadecuada (Espinoza-Portilla et al., 2020).

Al abordar esta problemática en el entorno específico de ESSALUD Chimbote, la presente investigación elabora un diagnóstico situacional basado en datos verificables. Los resultados proporcionarán a los administradores, jefaturas médicas y al personal de

salud una radiografía de sus procesos internos. Esta evidencia es vital para la toma de decisiones gerenciales, permitiendo identificar los eslabones débiles de la atención y facilitando la transición hacia un modelo preventivo del riesgo clínico (Vera, 2023).

Finalmente, la parte social constituye el núcleo humano y el motor ético de esta investigación. El propósito de cualquier sistema de salud es proteger la vida y garantizar un trato digno. Las personas que acuden a los servicios de ESSALUD lo hacen atravesando momentos de alta vulnerabilidad. Investigar la gestión de la calidad desde la óptica de la seguridad del paciente es un acto de responsabilidad que busca blindar a los usuarios frente a daños colaterales prevenibles. Estudios en el sistema peruano advierten que una proporción significativa de las quejas de los usuarios radica en demoras, falta de información y la percepción de maltrato en la atención (Espinoza-Portilla et al., 2020). Al fundamentar el análisis en las vivencias y percepciones directas de los pacientes, la investigación diversifica la evaluación del servicio, otorgándole una voz representativa al asegurado. Las estrategias de mejora que se deriven de este trabajo tendrán un impacto directo en la comunidad local, promoviendo un entorno hospitalario empático y verdaderamente seguro.

1.2. Antecedentes

A nivel Internacional

Siman et al. (2023) ejecutaron la investigación "Cultura de seguridad del paciente en la práctica clínica de enfermería" en Brasil. A través de un enfoque cuantitativo y descriptivo, encuestaron a una muestra de 360 profesionales del área clínica. Los porcentajes descriptivos demostraron que las percepciones de prevención obtuvieron respuestas positivas que variaron desde un mínimo de 22,6% hasta un tope de 70,5% dependiendo del pabellón. Los investigadores determinaron que ninguna de las dimensiones evaluadas logró superar el puntaje ideal de excelencia establecido en 75,0%. El estudio concluyó que las instituciones de alta complejidad requieren reestructurar urgentemente sus directrices de retroalimentación interprofesional, ya que las bajas frecuencias de respuestas positivas reflejan un clima organizacional que no garantiza un cuidado libre de negligencias.

Lopes et al. (2023) realizaron la investigación La cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo de enfermería en Brasil. Su objetivo radicó en evaluar el nivel de conocimiento del personal sanitario respecto a las prácticas seguras y la incidencia de eventos adversos en el área de urgencias, y para tal fin, ejecutaron un estudio cuantitativo, de diseño transversal y alcance descriptivo, recolectando datos de una muestra conformada por 90 profesionales. Encontrando que, la evaluación arrojó un marcado contraste, evidenciando un 93,3% de aciertos en la higiene de manos, frente a un deficiente 50% en el dominio del protocolo de identificación del usuario, y el 33% del personal reportó las úlceras por presión como el incidente adverso más frecuente, y casi la totalidad del equipo admitió no diligenciar nunca los reportes de notificación de errores, factor que contribuye a que un 73,3% catalogue la seguridad global de su unidad únicamente en un nivel regular. Con estas evidencias, concluyeron que resulta imperativo promover la formación continua para garantizar que los objetivos internacionales de seguridad del paciente se apliquen verdaderamente en la práctica clínica.

Cedeño et al. (2024) publicaron en Dialnet un artículo sobre la percepción de la calidad de atención y seguridad en los usuarios del servicio de emergencia de un Hospital General en Ecuador. Empleando una metodología cuantitativa, observacional y transversal, aplicaron cuestionarios validados a los pacientes en espera. Los porcentajes reales revelaron deficiencias severas en la gestión: un 48,0% de los internados reportó que nunca

recibió información clara sobre su condición médica, y un 42,0% afirmó que no dispuso de tiempo para consultar dudas. En contraste, apenas el 15,4% indicó recibir una atención humanizada siempre. Las investigadoras concluyeron que estas inmensas brechas comunicacionales vulneran directamente la calidad del servicio, siendo el principal detonante de la percepción de riesgo e inseguridad clínica del usuario.

Culcay et al. (2025) desarrollaron en Ecuador la investigación *Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería, Hospital General Quevedo*. Su propósito central diagnosticó el clima organizacional y las actitudes preventivas del equipo asistencial frente a los riesgos clínicos, y utilizando un enfoque cuantitativo, diseño transversal, descriptivo y de prevalencia, recolectaron datos empíricos de una muestra representativa de 92 profesionales. En los resultados, el diagnóstico evidenció que la percepción general se ubica en un nivel medianamente satisfactorio, presentando múltiples deficiencias estructurales, específicamente, se detectaron puntajes críticos en las dimensiones de respuesta no punitiva a los errores con 35,9%, dotación de personal con 37,8%, comunicación franca con 42,4% y apoyo gerencial con 42,7%, estas falencias repercuten directamente en el entorno clínico, ya que el 45,0% del personal reportó que sus superiores ignoran los problemas notificados y un 36,0% advirtió pérdida de información durante los relevos de turno. A partir de ello, los autores concluyeron que el reto principal consiste en evolucionar hacia una gestión hospitalaria proactiva, basada en la atención preventiva y la erradicación absoluta de las prácticas punitivas.

Serongwa y Matlhaba (2026) investigaron en la *Contributing factors to patient safety incidents at three selected public hospitals in Gauteng province, South Africa: Perspectives from nursing staff and quality assurance managers*. El propósito central radicó en identificar los determinantes que inciden en la ocurrencia de incidentes de seguridad del paciente desde la visión directa de los profesionales asistenciales. El estudio adoptó un enfoque cualitativo con diseño descriptivo-exploratorio, empleando entrevistas semiestructuradas para profundizar en las vivencias del personal. Los resultados revelaron que la génesis de los eventos adversos no reside en la falta de pericia individual, sino en una estructura hospitalaria colapsada; los hallazgos destacaron la escasez crítica de personal, la elevada carga asistencial, el déficit de recursos materiales y la deficiente comunicación interdepartamental como catalizadores primarios, y se identificó al agotamiento físico como un factor de riesgo silencioso. Concluyeron que resulta

insuficiente sancionar el error humano, siendo prioritario intervenir sobre las carencias del sistema, optimizar las ratios de atención y fortalecer las políticas institucionales de soporte al trabajador.

Setyowati et al. (2026) realizaron el estudio *The effectiveness of patient safety in reducing patient safety incidents*. El propósito central consistió en sintetizar la evidencia sobre el impacto de la implementación de protocolos de seguridad en la calidad de los servicios sanitarios. Metodológicamente, se ejecutó una revisión sistemática de literatura, analizando artículos publicados entre 2020 y 2025. Tras un tamizaje riguroso de 1,833 registros, se seleccionaron 7 estudios que cumplieron con los criterios de elegibilidad. En cuanto a los hallazgos, la síntesis narrativa determinó que la implementación de la seguridad del paciente es efectiva para reducir incidentes y mejorar la calidad asistencial. El estudio concluyó que el éxito de esta implementación está influenciado por cuatro aspectos fundamentales: los sistemas de notificación de incidentes, la cultura de seguridad del paciente, la mejora de las competencias de los trabajadores de la salud mediante educación y la utilización de tecnología de la información. La optimización de estos componentes fortalece la prevención de riesgos, mejora el cumplimiento de los procedimientos y acelera la gestión efectiva de eventos adversos, consolidando una cultura organizacional orientada a la seguridad.

A nivel Nacional

Ayllaucan (2023) desarrolló la investigación *Gestión de la calidad y seguridad del paciente en una entidad pública de salud, Callao 2023*. Su objetivo central evaluó el grado de asociación entre los procesos de mejora institucional y la eficacia de los protocolos de protección clínica, y un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y alcance transversal correlacional, se encuestó a una muestra probabilística de 278 pacientes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Respecto a los resultados, el diagnóstico situacional reveló marcadas brechas, el 39,2% de usuarios percibió una calidad asistencial regular, el 35,3% la calificó como baja y apenas un 25,5% como alta, y se reportó que el 34,2% tuvo un nivel regular de seguridad hospitalaria, frente a un 37,4% que la catalogó como baja y solo un 28,4% como alta, destacando además una comunicación deficiente en el 62,9% de las atenciones, y su análisis inferencial confirmó una correlación directa y significativa con un coeficiente de Spearman de 0,556 y un valor $p < 0,05$. A partir de

ello, la autora concluyó que las falencias gerenciales incrementan la vulnerabilidad del paciente, exigiendo articular estrategias operativas inmediatas.

Palomino (2023) en el estudio titulado “Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú”, tuvo como objetivo evaluar la cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del personal de enfermería en dos hospitales públicos peruanos. La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo, explicativo y de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 231 profesionales de enfermería de hospitales nivel III, a quienes se les aplicó el cuestionario *Hospital Survey on Patient Safety*, validado para el contexto español y con una confiabilidad Alfa de Cronbach de 0,926. Los resultados evidenciaron que el 32,9% de enfermeras del hospital 1 y el 28,6% del hospital 2 presentaron un nivel “nada adecuado” en el desarrollo de la cultura de seguridad del paciente. Asimismo, en el hospital 1 predominó un desarrollo “poco adecuado” de la cultura de seguridad con 62%, mientras que en el hospital 2 predominó un nivel “adecuado” con 52%, observándose que, las dimensiones trabajo en equipo, dirección, gestión y supervisión presentaron diferencias significativas entre ambas instituciones. Se concluyó que la gestión hospitalaria relacionada con la seguridad del paciente presentó deficiencias importantes, especialmente en el hospital 1, afectando la calidad de atención y evidenciando la necesidad de fortalecer la gestión de la calidad orientada a la seguridad del paciente en los establecimientos públicos de salud del Perú.

Díaz (2025) desarrolló el estudio Significado de cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de un hospital público de Lambayeque, 2024. Su propósito central buscó comprender las percepciones, experiencias y actitudes del personal asistencial respecto a la prevención de riesgos clínicos, y con un enfoque cualitativo y diseño descriptivo, recolectó testimonios profundos a través de entrevistas aplicadas a una muestra por saturación de 12 profesionales de enfermería. A sus resultados, el análisis de contenido temático evidenció una fuerte preocupación empática; el equipo prioriza el cuidado conjunto en la prevención de caídas y administración de medicamentos, esforzándose por adaptarse a la diversidad cultural del usuario, no obstante, las profesionales advirtieron serias debilidades estructurales, destacando un quehacer excesivamente procedimental, carencia de recursos y una sentida necesidad de políticas institucionales claras. A partir de ello, el autor concluyó que, aunque el personal ejerce prácticas preventivas impulsadas

por un compromiso ético para agilizar el alta sin daños, resulta imprescindible instituir directrices gerenciales y formación continua que consoliden verdaderamente una atención hospitalaria segura.

Palomino y Condori (2025) desarrollaron la investigación Carga de trabajo en enfermería y seguridad del paciente en el hospital Daniel Alcides Carrión Huancayo, 2024. Su propósito central evaluó la asociación estadística entre la saturación operativa y la eficacia de los protocolos de protección clínica. Mediante un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y nivel correlacional, recolectaron datos empíricos de una muestra aleatoria de 180 licenciadas en enfermería. Respecto a los resultados, el diagnóstico situacional evidenció brechas críticas al determinar que el 60,0% del equipo laboraba bajo regímenes de exigencia alta o muy alta, destacando un 63,4% de severa saturación emocional, este nivel de desgaste impactó negativamente el entorno de atención, ocasionando que el 32,8% de las profesionales reportara niveles deficientes en la seguridad global del paciente, y el análisis inferencial confirmó una correlación inversa y significativa con un coeficiente de Pearson de -0,450 y un valor $p < 0,05$. A partir de ello, las autoras concluyeron que la fatiga originada por la asignación desproporcionada de funciones altera la capacidad de vigilancia y vulnera la calidad del sistema hospitalario.

Ramón (2025) desarrolló la investigación Influencia entre la gestión sanitaria y la seguridad del paciente en un hospital público, Huánuco 2024. Su propósito central buscó determinar el grado de repercusión que tienen los procesos administrativos e institucionales sobre la protección integral brindada al usuario clínico, con estudio de naturaleza cuantitativa, con un diseño no experimental, transversal y correlacional, recolectando datos empíricos de una muestra aleatoria conformada por 51 médicos del Hospital Hermilio Valdizán Medrano. Se encontró que, el diagnóstico situacional reveló deficiencias críticas, evidenciando que el 86,3% del personal no aplicaba tecnología sanitaria y un alarmante 82,4% no realizaba ninguna gestión de riesgos, lo que explica por qué el 76,5% carecía de una cultura de seguridad consolidada, y en su hipótesis mediante la prueba de Chi cuadrado de Pearson arrojó un valor p de 0,173. En consecuencia, la autora dictaminó que no existe influencia estadísticamente significativa entre ambas variables, demostrando que la actual administración no garantiza un entorno clínico libre de riesgos.

A nivel Local

Acosta y García (2019) documentaron en el ámbito local la "Calidad de atención y satisfacción del paciente" en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chimbote. Empleando una metodología descriptiva transversal en áreas de internamiento, encuestaron a los usuarios evaluando las dimensiones clásicas. Los resultados porcentuales directos reflejaron que el 51,0% de la población usuaria encuestada se consideró totalmente insatisfecha con la dimensión de aspectos tangibles o de confort hospitalario. Sin embargo, en la dimensión relacional de empatía y comunicación de riesgo, el 57,1% se sintió seguro y satisfecho con el trato personal. Las investigadoras concluyeron que el capital humano logra compensar, en parte, las deficiencias logísticas del estado, pero señalaron que es imposible lograr la máxima calidad si la institución no moderniza su equipamiento básico.

Guibovich (2020) ejecutó la investigación Cuidado de enfermería y eventos adversos en una unidad de cuidados intensivos en Chimbote. El propósito central fue establecer la vinculación entre el desempeño asistencial del profesional sanitario y la ocurrencia de incidentes clínicos. Se aplicó un enfoque cuantitativo, transversal y descriptivo correlacional, evaluando a una muestra exacta de 36 pacientes internados. Encontrando en sus resultados que, el diagnóstico reveló que un 61,1% de los usuarios recibió un cuidado de mayor calidad, frente a un 38,9% catalogado como de menor calidad. Simultáneamente, el 77,8% de los evaluados no registró complicaciones, mientras que un 22,2% sí presentó algún evento adverso, y su hipótesis mediante Chi cuadrado confirmó una asociación estadísticamente significativa con un valor p de 0,0495, con un riesgo estimado de 7,5. En consecuencia, la investigadora concluyó que brindar una asistencia de menor nivel constituye un peligro muy elevado, incrementando hasta siete veces y media la probabilidad de que el paciente crítico sufra daños durante su hospitalización.

Rivera et al. (2020) investigaron la Seguridad del paciente hospitalizado en ESSALUD en la ciudad de Trujillo. Utilizando un diseño metodológico cuantitativo y de corte descriptivo, aplicaron cuestionarios de percepción a una muestra presencial de 47 profesionales clínicos. Los promedios porcentuales de los resultados verificaron que el nivel de seguridad general del establecimiento fue clasificado de forma mayoritaria en un nivel "medio" con el 66,0%, mientras que apenas un 25,0% de los internados superó el nivel "alto". Simultáneamente, se evidenció que la gerencia aplicó estrategias de

supervisión estandarizadas en un 87,2%. Las investigadoras concluyeron de manera directa que las rondas de control y el monitoreo participativo de las jefaturas mejoran significativamente el cumplimiento de la seguridad, convirtiéndose en el método más eficiente de calidad.

Lezcano (2023) ejecutó el estudio Gestión hospitalaria y satisfacción del paciente atendido en el servicio de medicina y cirugía de un hospital de Chimbote, 2022. El objetivo fue medir el grado de vinculación entre la administración operativa de los recursos sanitarios y la percepción de bienestar del usuario, para ello empleó una metodología cuantitativa, básica, no experimental y de corte correlacional, encuestando a 149 pacientes. En cuanto a los resultados, la evaluación reveló que un 77,2% de los asistentes ubicó el desempeño gerencial en la categoría media, mientras que un 14,8% lo consideró alto y un 8,1% bajo, también, el grado de complacencia del usuario replicó esta tendencia, aglomerando un 76,5% en el estrato medio, frente a un 12,1% calificado como alto y un 11,4% bajo, y la contrastación de hipótesis demostró una correlación directa y positiva, avalada por un coeficiente de 0,627 y un margen de error menor a 0,05. En conclusión, la investigadora dedujo que fortalecer la dirección institucional es un requisito ineludible para garantizar una experiencia asistencial de excelencia.

Matta (2024) realizó la investigación Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos del personal asistencial en un centro de salud público, Chimbote, 2024. Su propósito central buscó evaluar el grado de asociación estadística entre las estrategias implementadas para mitigar incidentes clínicos y la eficacia de la protección brindada al usuario, y con un enfoque cuantitativo, de tipo básico, diseño no experimental y alcance correlacional, recolectó datos empíricos de una muestra de 50 profesionales asistenciales. En los resultados, el diagnóstico evidenció percepciones divididas sobre las medidas preventivas, donde el 48,0% las calificó como buenas, un 30,0% como pobres y un 22,0% como excelentes, así la percepción de la seguridad global reflejó una polarización significativa, concentrando un 36,0% en nivel bueno, frente a un 32,0% en estado pobre y otro 32,0% excelente, y del análisis inferencial confirmó una correlación directa, muy fuerte y estadísticamente significativa con un coeficiente de Pearson de 0,903 y un valor $p < 0,05$. El autor concluyó que optimizar las prácticas preventivas fortalece directamente el entorno hospitalario, siendo imperativo implementar medidas que mejoren el bienestar integral.

1.3. Marco Teórico

La delimitación de la ruta de investigación bajo un enfoque univariable responde a una rigurosa coherencia teórica y metodológica que evita la fragmentación artificial del objeto de estudio. En la investigación científica en el área de las ciencias de la salud, es frecuente incurrir en el error conceptual de segmentar la "gestión de la calidad" y la "seguridad del paciente" como si fuesen dos constructos autónomos o independientes con el único propósito de forzar análisis estadísticos correlacionales. Sin embargo, la doctrina contemporánea de la salud pública dictamina que la seguridad no es una variable ajena, paralela o complementaria, sino un componente constitutivo, intrínseco y transversal de la calidad asistencial (Saturno, 2018). Tratar ambos elementos como variables separadas generaría una redundancia epistemológica, debido a que resulta teóricamente imposible concebir la existencia de una gestión de calidad hospitalaria que no esté fundamentada en las garantías de seguridad brindada al usuario.

Al operacionalizar el estudio a través de una única variable compleja denominada "Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente", la investigación se adhiere de forma estricta al enfoque sistémico. De acuerdo con los lineamientos globales de la Organización Mundial de la Salud (2021) la seguridad representa la dimensión técnica y operativa que valida y da sentido a cualquier política de gestión gerencial. El modelo tripartito de Donabedian (1988) reafirma esta postura al demostrar que la estructura material y los procesos diseñados por la administración tienen como fin supremo la obtención de resultados clínicos seguros.

Por lo tanto, la adopción de un diseño univariable permite concentrar todo el esfuerzo analítico en descomponer exhaustivamente el fenómeno dentro de sus propias dimensiones como Estructura, Proceso y Resultados percibidos y sus respectivos ocho indicadores. Este abordaje descriptivo profundo y unificado es el que garantiza un diagnóstico situacional integral, fidedigno y detallado de la realidad institucional, proveyendo porcentajes y promedios puros que reflejan fielmente el estado de la seguridad en la atención del paciente, sin desviar la atención metodológica hacia asociaciones superficiales con variables externas que diluirían el rigor de la evaluación.

Teoría de la Calidad Asistencial

El sustento epistemológico primario para evaluar la gestión sanitaria en la presente investigación recae en el modelo sistémico desarrollado por Avedis Donabedian. A finales del siglo XX, la evaluación médica carecía de un marco integrador, enfocándose casi exclusivamente en la supervivencia del individuo. Donabedian (1988) revolucionó la salud pública al postular que la calidad del cuidado médico no puede medirse de forma aislada o unidimensional, sino que requiere un análisis exhaustivo a través de tres componentes jerárquicos y mutuamente dependientes: la estructura, el proceso y los resultados.

La premisa central de esta teoría dicta que las condiciones materiales y organizacionales (estructura) establecen los límites de lo que el personal puede lograr. Una estructura sólida propicia la correcta ejecución de las actividades clínicas (proceso), y los procesos óptimos maximizan la probabilidad de alcanzar el bienestar integral del usuario (resultados). En el contexto contemporáneo, este modelo mantiene una vigencia absoluta, ya que permite auditar las vulnerabilidades del sistema antes de que el daño alcance al paciente. La investigación asume que la seguridad no es un ente autónomo, sino el atributo más crítico y transversal dentro de la tríada de Donabedian.

Teoría del Error Humano y el Modelo del Queso Suizo (James Reason)

Para comprender los mecanismos que vulneran la seguridad del paciente, resulta imperativo incorporar el enfoque sistémico de James Reason (Reason, 2000). Históricamente, la medicina adoptó un "enfoque de la persona", el cual tendía a culpar y penalizar al profesional de primera línea (enfermeras, médicos) por los errores cometidos. Reason deconstruye este paradigma afirmando que la falibilidad es una condición humana ineludible y que los errores son, en realidad, consecuencias de fallas organizacionales profundas.

Mediante su "Modelo del Queso Suizo", Reason (2000) explica que los hospitales diseñan múltiples barreras defensivas para proteger al paciente como protocolos de higiene, verificación cruzada, alarmas tecnológicas. No obstante, ninguna barrera es impenetrable; todas poseen "agujeros" dinámicos originados por dos factores: las fallas latentes en decisiones gerenciales defectuosas, sobrecarga laboral, escasez de insumos, y las fallas activas como lapsus de memoria o distracciones del personal. El evento adverso se

materializa únicamente cuando las vulnerabilidades de todas las barreras se alinean en un momento específico. Esta teoría sustenta la necesidad de evaluar la capacidad de respuesta del sistema en el manejo de incidentes y el cumplimiento estricto de protocolos como el lavado de manos o el uso de barandas, ya que estas acciones representan las defensas activas que bloquean la trayectoria del daño.

Bases Conceptuales

Gestión de la Calidad en Salud

La gestión de la calidad en salud comprende el conjunto de acciones orientadas a mejorar continuamente los servicios sanitarios y garantizar una atención segura, efectiva y centrada en el paciente. La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2019) señala que la mejora de la calidad en los establecimientos de salud se relaciona con la implementación de prácticas orientadas a la seguridad del paciente, la reducción de errores durante la atención y el fortalecimiento de una cultura organizacional basada en la mejora continua. Asimismo, la institución destaca la importancia del trabajo en equipo, la comunicación efectiva y la estandarización de procesos para optimizar la calidad de la atención sanitaria.

Seguridad del Paciente

La seguridad del paciente es el pilar central de la calidad asistencial moderna. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) la conceptualiza como la disciplina orientada a la prevención, reducción y mitigación de los riesgos, errores y daños innecesarios que sufren los usuarios durante la prestación de la asistencia sanitaria. Este concepto reconoce que el entorno hospitalario es intrínsecamente complejo y de alto riesgo. Por ende, la seguridad no se define por la ausencia utópica de errores, sino por la resiliencia del sistema organizacional para interceptar los cuasi incidentes antes de que vulneren la integridad física, así como por la capacidad de aprender continuamente de las fallas para evitar su repetición.

Cultura de Seguridad y Gestión de Eventos Adversos

En el marco normativo peruano, la cultura de seguridad se encuentra debidamente reglamentada. El Seguro Social de Salud (ESSALUD, 2021) mediante su Directiva de registro, notificación y gestión de los eventos relacionados con la seguridad del paciente en EsSalud, define al evento adverso como cualquier lesión o daño no intencional causado

al paciente por la intervención asistencial y no por su patología de fondo. Este documento normativo exige explícitamente transitar hacia una cultura de notificación no punitiva y transparente, donde el registro y análisis causa-raíz de los incidentes se utilice para rediseñar los procesos clínicos y fomentar un aprendizaje colectivo. Esta base conceptual legitima la evaluación del manejo de contingencias y la percepción de seguridad del usuario como indicadores innegociables de la eficiencia hospitalaria.

Teórica de las Dimensiones e Indicadores

El instrumento de evaluación aplicado en la investigación ha sido estructurado científicamente sobre tres dimensiones que abarcan todo el espectro de la atención hospitalaria. Cada indicador cuenta con un respaldo bibliográfico verificable que justifica su medición en el campo clínico.

Dimensión: Estructura

Basada en el postulado de Donabedian (1988), esta dimensión agrupa las características estables del entorno sanitario, incluyendo los recursos materiales y el capital humano. La estructura condiciona el terreno donde se desarrolla la atención; un entorno precario debilita inmediatamente las defensas del sistema.

Indicador: Recursos físicos-tecnológicos. Este indicador mide la idoneidad y el mantenimiento de las instalaciones hospitalarias (habitaciones, camas, servicios higiénicos), así como la disponibilidad inmediata de materiales básicos de cuidado y equipos médicos. Donabedian (1988) establece que la infraestructura es el soporte vital de la calidad técnica. Asimismo, la normativa de EsSalud (ESSALUD, 2021) exige que la alta dirección garantice entornos físicos controlados y equipados para evitar omisiones operativas que pongan en peligro la recuperación del internado.

Indicador: Personal y organización. Evalúa la suficiencia cuantitativa, la correcta organización de los turnos y el grado de fatiga del talento humano. La AHRQ (2019) advierte que la sobrecarga cognitiva y la escasez de profesionales son precursores directos de las fallas activas. Al evaluar si el personal dispone de tiempo suficiente para atender sin evidenciar estrés y si el trabajo fluye sin confusiones, se verifica si la gerencia de EsSalud (ESSALUD, 2021) cumple con

su responsabilidad de dotar a los servicios críticos de una organización laboral que proteja tanto al trabajador como al paciente.

Dimensión: Proceso

Esta dimensión abarca el conjunto de transacciones y actividades directas entre el sistema de salud y el usuario. Donabedian (1988) la considera el componente dinámico de la calidad, donde los recursos de la estructura se transforman en acciones preventivas o terapéuticas.

Indicador: Procesos administrativos seguros. Mide la estandarización logística del internamiento. La OMS (2021) y Donabedian (1988) fundamentan que la atención segura inicia con directrices claras. Explicar los trámites de hospitalización paso a paso, brindar indicaciones exactas sobre las restricciones físicas como autocuidado y, fundamentalmente, verificar de forma inequívoca la identidad del usuario antes de cualquier abordaje, son procedimientos administrativos innegociables para evitar eventos centinela como confusiones quirúrgicas o farmacológicas en pacientes homónimos.

Indicador: Comunicación con el paciente. El paciente educado es la última y más efectiva barrera de seguridad. Este indicador, respaldado por la OMS (2021) y Sahlström et al. (2019), evalúa si el personal médico utiliza un lenguaje sencillo y comprensible para explicar el estado de salud, resolver dudas y justificar la administración de medicamentos o sueros. Una comunicación empática y bidireccional fomenta la participación del usuario en su propio cuidado, reduciendo drásticamente la vulnerabilidad derivada del desconocimiento terapéutico.

Indicador: Cumplimiento de protocolos seguros. Representa la medición directa de las defensas activas del modelo de Reason (2000). La OMS (2021) estipula que la higiene de manos, el uso de guantes y alcohol, el levantamiento sistemático de las barandas de las camas para evitar caídas mecánicas y la verificación cruzada de las dosis antes de administrar la medicación, constituyen protocolos irrenunciables. El cumplimiento de estas acciones bloquea las fallas latentes del entorno y garantiza la asepsia clínica.

Dimensión: Resultados percibidos de seguridad del paciente

Trasciende los indicadores de mortalidad para evaluar la eficacia del sistema a través de la percepción empírica del propio usuario. Para Donabedian (1988), el grado de satisfacción y seguridad que experimenta el paciente es el reflejo final e inapelable de la calidad estructural y procedimental del hospital.

Indicador: Coordinación interprofesional. El cuidado moderno es inherentemente multidisciplinario. Apoyado por la AHRQ (2019) y Donabedian (1988), este indicador evalúa si el paciente percibe al personal como un equipo unificado. Audita la coherencia de las indicaciones clínicas entre los distintos profesionales y, de forma crítica, verifica si la transferencia de información durante los cambios de turno (mañana/noche) se ejecuta correctamente. Las lagunas comunicacionales en los traspasos de guardia son responsables de graves iatrogenias por omisión de cuidados.

Indicador: Confianza y sensación de seguridad. Sahlström et al. (2019) y Donabedian (1988) sostienen que el bienestar psicológico está intrínsecamente ligado a la calidad clínica. Este indicador mide si el usuario confía en la pericia técnica del personal, si percibe que el hospital es un entorno altamente confiable que evita los descuidos, y si experimenta tranquilidad al saberse monitoreado continuamente. Un paciente que carece de confianza desarrollará estrés agudo, factor que retrasa biológicamente su recuperación.

Indicador: Manejo de incidentes y aprendizaje. Se sustenta en la capacidad de resiliencia del Modelo del Queso Suizo de Reason (2000) y en la normativa de EsSalud (ESSALUD, 2021). Evalúa la percepción del usuario respecto a la agilidad de respuesta del sistema ante malestares o complicaciones imprevistas. Un equipo de salud bien preparado para resolver contingencias demuestra que la gerencia no opera bajo un esquema de improvisación, sino que promueve una cultura organizacional sólida capaz de mitigar los daños y evitar complicaciones ajenas a la patología original del internado.

1.4. Planteamiento del Problema

La gestión de la calidad en los sistemas de salud representa uno de los desafíos más críticos y complejos de la administración pública contemporánea. Históricamente, el éxito de una institución sanitaria se medía de manera exclusiva por la capacidad técnica de sus profesionales para curar patologías agudas o por el volumen de atenciones quirúrgicas realizadas. Sin embargo, las ciencias de la salud revelan una fractura sistémica profunda como curar la enfermedad de fondo resulta ineficiente e inviable si, durante el proceso de atención, el paciente sufre daños adicionales derivados de la propia infraestructura o de los protocolos hospitalarios. A partir del informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (Institute of Medicine, 2000), la comunidad científica internacional dictaminó que no existe calidad asistencial sin garantías absolutas de seguridad. A pesar de los grandes avances tecnológicos, los hospitales siguen siendo entornos de altísimo riesgo biológico y procedimental, donde las fallas en la gestión directiva se traducen de forma inmediata en eventos adversos que comprometen la vida de los usuarios.

En el mundo, la magnitud de esta problemática ha sido catalogada como una crisis innegable de salud pública. Según el documento rector Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021-2030 de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), se estima epidemiológicamente que cada año se producen 134 millones de eventos adversos en los hospitales de países de ingresos bajos y medios, lo que contribuye de manera directa a 2,6 millones de fallecimientos anuales que eran totalmente prevenibles mediante protocolos estandarizados. Estas cifras demuestran que el peligro no radica en la falta de conocimientos médicos, sino en la precariedad de la estructura organizacional y en la debilidad de las barreras preventivas institucionales. La ineficiencia en la gestión gerencial desencadena errores de medicación, infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS) y omisiones de cuidado crítico que, además del sufrimiento humano, consumen hasta un 15,0% del gasto hospitalario en los países de la OCDE. Esto evidencia que la vulneración de la seguridad del paciente es una externalidad negativa sistémica que destruye tanto la integridad del usuario como la sostenibilidad financiera de los sistemas públicos (OMS, 2021).

Cuando el usuario se encuentra internado, atravesando un estado de máxima vulnerabilidad física y emocional, la percepción de desorganización administrativa y la falta de coordinación interprofesional entre los cambios de turno destruyen por completo

su confianza en el sistema prestador. La Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2019) señala que la percepción del paciente constituye un componente importante en la evaluación de la calidad de atención en los servicios de salud y la institución destaca que aspectos como la comunicación con el personal sanitario, la información brindada durante la atención y la percepción de seguridad influyen directamente en la experiencia del paciente y en la valoración de la calidad asistencial recibida. Por lo tanto, las auditorías de calidad que se limitan a revisar el cumplimiento documental desde una perspectiva puramente burocrática, ignorando la voz y la percepción directa del asegurado, resultan insuficientes para identificar la verdadera magnitud de los eventos adversos.

En el contexto peruano, la realidad operativa incrementa la crisis mundial. El sistema de salud en el Perú se caracteriza por una fragmentación histórica de sus prestadores, una falta de financiamiento crónica y una profunda brecha logística. A pesar de la existencia de normativas emitidas por el Ministerio de Salud (MINSA) y el Seguro Social de Salud (ESSALUD), la brecha entre la teoría documentada y la práctica diaria es grande. Los reportes estadísticos de la Superintendencia Nacional de Salud (2023) evidencian un incremento sostenido en las denuncias y disconformidades de los asegurados, que gran parte de estos reclamos formales no cuestionan la destreza intelectual de los médicos, sino las graves deficiencias estructurales de la gestión administrativa como tiempos de espera prolongados que agravan los diagnósticos, hacinamiento en las áreas de emergencia y hospitalización, falta de insumos de higiene básica y un trato deshumanizado originado por la extrema sobrecarga laboral.

La Sociedad de Comercio Exterior del Perú (ComexPerú, 2023) con base en información del Ministerio de Salud, reportó que 8,297 de los 8,783 establecimientos del primer nivel de atención del país presentan capacidad instalada inadecuada, lo que representa el 94,5% del total, y señala que estos establecimientos presentan infraestructura precaria y equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente, indicando que más del 95% de los establecimientos públicos de salud del país corresponden al primer nivel de atención, constituyendo el principal contacto de la población con el sistema sanitario peruano. Estos hallazgos evidencian importantes limitaciones estructurales en los establecimientos de salud, situación que podría dificultar el fortalecimiento de una adecuada cultura de seguridad del paciente y la mejora continua de la calidad asistencial.

Esta problemática nacional también encuentra su expresión en el ámbito regional y local. En la región Áncash, específicamente en la ciudad de Chiclayo, la red asistencial de EsSalud enfrenta un escenario crítico caracterizado por el desequilibrio insostenible entre una creciente demanda de asegurados y una oferta de servicios logísticamente limitada. La Contraloría General de la República (2018) mediante el operativo de control “Por una salud de calidad” realizado en hospitales de Áncash, identificó un alto nivel de incumplimiento de las Normas Técnicas de Salud en los principales servicios hospitalarios de la región. Los resultados evidenciaron que el 76% de los establecimientos supervisados no contaba con suficientes recursos humanos para la atención en emergencia, el 51% carecía total o parcialmente de materiales médicos requeridos, el 63% no disponía del equipamiento necesario y el 55% no contaba con infraestructura adecuada para la atención de pacientes. Asimismo, el informe señaló que estas deficiencias generan riesgo de falta de oportunidad en la atención y disminución en la calidad del servicio brindado a los pacientes. Entre los hospitales supervisados se encontraron el Hospital La Caleta de Chiclayo y el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón de Nuevo Chiclayo.

En la rutina de las áreas de hospitalización en los establecimientos de salud locales como las deficiencias gerenciales se manifiestan en situaciones cotidianas que vulneran los protocolos de seguridad. Estudios locales de corte clínico y observacional, como los desarrollados por Guibovich (2020) y Gómez Rojas (2023) en la red de ESSALUD local, han documentado que la escasez de recursos y la falta de supervisión administrativa directa provocan omisiones críticas: la ausencia intermitente de insumos para la correcta asepsia (lavado de manos clínico), el deterioro del mobiliario hospitalario (camas sin barandas de contención operativas que exponen al usuario a caídas mecánicas), las demoras excesivas en la respuesta ante el llamado del paciente por el déficit de talento humano, y las severas barreras en la comunicación efectiva sobre los riesgos de los tratamientos farmacológicos. Estos estudios dicen que en la atención los estándares de seguridad no se aplican de forma rigurosa, configurando un clima institucional de inseguridad latente.

El Ministerio de Salud (MINSA, 2022) a través de su documento oficial Diagnóstico de las Brechas de Infraestructura o de Acceso a Servicios del Sector Salud, evaluó el estado logístico de la red sanitaria peruana evidenciando un déficit sistémico crítico. El diagnóstico institucional determinó que, a nivel nacional, el 97% de los establecimientos

del primer nivel de atención operaba con una capacidad instalada inadecuada, caracterizada por infraestructura precaria y equipamiento obsoleto o inoperativo. Asimismo, el informe expuso que el 95% de los hospitales de mayor complejidad presentaban las mismas deficiencias estructurales. Estas cifras oficiales demuestran que el sistema público peruano carece de las bases materiales óptimas para sostener una sólida cultura de seguridad del paciente. Esta profunda brecha logística repercute de manera transversal en todas las regiones del país, vulnerando la oportunidad y protección en la atención, lo que justifica la urgencia de investigar cómo esta precariedad impacta directamente en la gestión de la calidad asistencial en jurisdicciones de alta demanda como la ciudad de Chimbote.

Frente a esta realidad problemática, surge la necesidad de realizar un diagnóstico situacional profundo en la red local. Es fundamental evaluar la gestión de la calidad tomando como eje central e indivisible a la seguridad del paciente, analizando este fenómeno a través de sus dimensiones constitutivas: la idoneidad de la estructura como recursos físicos y dotación de personal, la eficiencia del proceso en el cumplimiento de protocolos y comunicación transparente, y la consolidación de los resultados percibidos en forma de coordinación interprofesional y manejo de incidentes sin represalias. Solo a través de la medición objetiva planteado en este estudio sobre la población usuaria se podrán identificar los vacíos operativos en la seguridad del sistema hospitalario local, proveyendo evidencia científica indispensable para que la gerencia rediseñe sus estrategias operativas y logre garantizar un entorno de cuidado libre de riesgos.

Con base en la problemática previamente sustentada, la presente investigación plantea el siguiente problema: ¿Cuál es el nivel de la Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en una institución de ESSALUD - Chimbote, 2025?

1.5. Objetivos

Objetivo General

Evaluar el nivel de Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en una institución de ESSALUD - Chimbote, 2025.

Objetivos Específicos

Determinar el nivel de la dimensión Estructura en la Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en una institución de ESSALUD - Chimbote, 2025.

Determinar el nivel de la dimensión Proceso en la Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en una institución de ESSALUD - Chimbote, 2025.

Determinar el nivel de la dimensión Resultados percibidos en la Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en una institución de ESSALUD - Chimbote, 2025.

II. CUERPO

2.1. Metodología

Tipo y Diseño de Investigación

Desde lo metodológico de este estudio se utiliza el enfoque cuantitativo. De acuerdo con los postulados de Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) esta aproximación metodológica se fundamenta en la recolección de datos numéricos y el uso de la estadística para medir constructos complejos, lo que garantiza la objetividad y la neutralidad del proceso investigativo. Por su finalidad y alcance, la investigación se clasificó como tipo básica, asumiendo un carácter descriptivo y univariable. Supo (2015) aclara que la investigación tipo básica de nivel univariable descriptivo busca especificar las propiedades, perfiles y características de un fenómeno particular en un momento dado, razón por la cual el análisis se centró exclusivamente en diagnosticar la gestión de la calidad desde el enfoque de seguridad en la atención del paciente hospitalizado, sin manipular la variable ni establecer relaciones de causalidad con factores externos.

Tomando en cuenta la estrategia de control, el diseño de investigación fue no experimental y de corte transversal. La naturaleza no experimental es debida a que los hechos y dinámicas asistenciales se observaron directamente en su entorno institucional nativo, sin intervención, alteración o manipulación intencionada por parte del investigador (Supo, 2015). Asimismo, se clasificó como transversal puesto que la recopilación de los datos empíricos se llevó a cabo en un único punto temporal, el cual se delimitó de manera estricta al año 2025, operando como una captura diagnóstica de la realidad institucional durante ese periodo.

Área de Estudio

La investigación se ejecutó en los entornos clínicos de la red pública del Seguro Social de Salud (ESSALUD) en la ciudad de Chimbote, provincia del Santa, región Áncash. De forma específica, la recolección de la información y la observación de los flujos de seguridad en la atención del paciente hospitalizado se delimitaron a las salas de internamiento pertenecientes a los servicios troncales de Medicina General, Cirugía, Obstetricia y Ginecología. Estas áreas constituyen los ejes principales de la hospitalización general del nosocomio, compartiendo una infraestructura administrativa

común, jefaturas coordinadas y la aplicación homogénea de las directrices de seguridad corporativas emanadas por la alta dirección de la institución.

Población

La población de estudio estuvo constituida por el universo total de pacientes asegurados que fueron ingresados y ocuparon de manera efectiva una cama en las áreas seleccionadas de ESSALUD Chimbote y que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, durante el periodo de recolección de datos. Al tratarse de un entorno asistencial dinámico caracterizado por un flujo diario y continuo de ingresos y altas médicas, la población se definió operacionalmente como un conjunto finito de unidades de análisis accesibles que cumplieron de forma simultánea con el espacio y el tiempo del diseño de la investigación.

Muestra

La muestra final quedó constituida por un total de 170 pacientes hospitalizados, la cual fue calculada en base a datos del año anterior del total de la población de pacientes hospitalizados en los servicios en estudio y que cumplían los criterios de inclusión y exclusión. El reclutamiento de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Bajo este procedimiento, se incorporó de manera secuencial a cada uno de los usuarios que ingresaban a los servicios de Medicina General, Cirugía, Obstetricia y Ginecología y que cumplían rigurosamente con los criterios de elegibilidad de la investigación, al consolidar con precisión numérica el tamaño muestral de 170 pacientes hospitalizados en los servicios seleccionados de estudio.

Al alcanzar la cifra meta de 170 pacientes, se cubrió el 95% de nivel de confianza y el 5% de margen de error calculados sobre la población anual estimada. Asimismo, la gestión de la calidad asistencial y las directrices enfocadas en la seguridad de la atención del paciente como la prevención de eventos adversos, la verificación estricta de la identidad, el manejo de incidentes y la comunicación de riesgos terapéuticos, responden a normativas estandarizadas con una variabilidad significativa.

Criterios de Inclusión

Para asegurar la validez interna de los datos y garantizar que los participantes contaran con una experiencia vivencial significativa dentro de la institución, tanto para la población y muestra, se fijaron los siguientes criterios de inclusión:

Pacientes de ambos sexos que se encontraban formalmente internados en las especialidades de Medicina General, Cirugía, Obstetricia y Ginecología del hospital.

Usuarios que registraron una estancia hospitalaria continua mínima de 48 horas, lo cual garantiza un tiempo de exposición suficiente para interactuar con las barreras materiales, los protocolos clínicos y el personal asistencial.

Pacientes clínicamente estables, conscientes y orientados en las tres esferas psicológicas como tiempo, espacio y persona, contando con las capacidades cognitivas necesarias para comprender y responder autónomamente las interrogantes.

Pacientes que manifestaron su conformidad voluntaria para participar en el estudio a través de la firma del consentimiento informado escrito.

Criterios de Exclusión

Se procedió a excluir de manera estricta de la población y muestra a aquellas unidades que presentaran las siguientes características:

Pacientes pediátricos o menores de edad, debido a las implicancias médicas y legales diferenciadas y a las particularidades estructurales de los protocolos de seguridad en la infancia.

Usuarios que recibían atención exclusiva mediante el servicio de consultorio externo o modalidades ambulatorias, al no estar expuestos a los flujos y riesgos continuos del internamiento.

Pacientes asignados a las unidades de cuidados intermedios, la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o el servicio de Emergencia, dado que el compromiso crítico de su salud general o los niveles de sedación farmacológica alteran su estado de lucidez e imposibilitan la aplicación directa de la encuesta.

Procedimiento y Técnicas de Recolección de Datos

La técnica implementada para la recopilación de los datos empíricos fue la encuesta, utilizando como soporte físico un cuestionario estructurado de aplicación asistida. El instrumento constó de un total de 24 preguntas cerradas, diseñadas bajo una escala psicométrica tipo Likert de cinco puntos, parametrizada operativamente de la siguiente manera: 1 = Nunca, 2 = Casi nunca, 3 = A veces, 4 = Casi siempre y 5 = Siempre.

La estructura interna del cuestionario de 24 ítems se diseñó para operacionalizar de manera métrica la variable única de estudio, desglosándola de forma sistemática en tres grandes dimensiones y ocho indicadores específicos, sustentados científicamente en lo siguiente:

La primera dimensión, denominada Estructura, se fundamenta en el modelo de Avedis Donabedian (1988) y la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ, 2019). Esta dimensión audita los atributos estables y los recursos tangibles del hospital que sirven de soporte para el cuidado seguro, dividiéndose en dos indicadores: Recursos físicos y tecnológicos, orientados a evaluar la idoneidad, mantenimiento y limpieza de las habitaciones, camas y servicios higiénicos, así como la disponibilidad inmediata de materiales de desinfección y equipamiento biomédico esencial en las salas de internamiento; y Personal y organización, enfocado en medir la suficiencia cuantitativa del talento humano en relación con la demanda de pacientes, evaluando si los turnos laborales fluyen de manera ordenada y si el personal dispone del tiempo necesario para responder oportunamente a los llamados del asegurado sin evidenciar sobrecarga laboral.

La segunda dimensión, denominada Proceso, se apoya en los lineamientos globales de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) y en los estudios de Sahlström et al. (2019). Esta dimensión evalúa la ejecución dinámica de las actividades clínicas y preventivas a pie de cama, desglosándose en tres indicadores: Procesos administrativos seguros, que evalúa la estandarización logística de la atención, midiendo la claridad en la explicación de los trámites de hospitalización, el suministro de pautas precisas sobre restricciones físicas y de autocuidado, y la verificación obligatoria de la identidad del paciente antes de cualquier intervención; Comunicación con el paciente, que mide la claridad del

lenguaje y la empatía de los profesionales, analizando si el personal médico y de enfermería explica el estado de salud de forma comprensible, resuelve dudas y detalla la finalidad de los medicamentos administrados; y Cumplimiento de protocolos seguros, que es respaldado por el modelo de James Reason (Reason, 2000) auditando las defensas activas del sistema, evaluando la rigurosidad en la higiene de manos por parte del personal, el uso de barreras de seguridad, el mantenimiento de las barandas elevadas en las camas para evitar caídas mecánicas y la verificación cruzada de dosis previas a la administración farmacológica.

La tercera dimensión, denominada Resultados percibidos de seguridad del paciente, conceptualiza las consecuencias directas de la interacción estructural y procedimental a través de la experiencia y el bienestar psicológico del propio usuario, alineándose con las exigencias normativas del Seguro Social de Salud (ESSALUD, 2021) mediante su Directiva de Registro, notificación y gestión de los eventos relacionados con la seguridad del paciente en ESSALUD. Se descompone en tres indicadores: Coordinación interprofesional: Evalúa si el paciente percibe un trabajo multidisciplinario coordinado, analizando la coherencia en las indicaciones de los diferentes profesionales y la fluidez en el traspaso de información clínica durante los cambios de guardia; Confianza y sensación de seguridad, que mide el impacto psicológico de la atención, cuantificando si el usuario siente tranquilidad respecto a la preparación científica del personal, si percibe al hospital como un recinto que evita descuidos y si experimenta protección ante la monitorización continua de su estado de salud; y Manejo de incidentes y aprendizaje, sustentado en la resiliencia organizacional de Reason (2000) este indicador mide la respuesta del sistema ante contingencias, evaluando la preparación del personal para resolver problemas inesperados de forma ágil y eficaz, evitando complicaciones añadidas a la patología original.

Para determinar la validez de contenido y con el fin de garantizar que las preguntas midan con precisión las dimensiones e indicadores y asegurar que el vocabulario sea comprensible para un paciente hospitalizado, el instrumento fue evaluado por un comité de 3 expertos, utilizando los criterios pertinentes, cuyas sugerencias se integraron en la versión final del cuestionario.

Luego se determinó la confiabilidad y consistencia interna del instrumento con una prueba piloto sobre una submuestra inicial de 20 pacientes hospitalizados que compartían características acordes a la población objetivo. Al procesar estadísticamente las respuestas del piloto a través del coeficiente Alfa de Cronbach, se obtuvo un valor global de 0,894 para las 24 preguntas. Oviedo y Campo-Arias (2005) establecen que un coeficiente superior a 0,80 certifica una excelente consistencia interna y estabilidad métrica, demostrando que las preguntas carecen de ambigüedades interpretativas. Debido a que el cuestionario piloto demostró una idoneidad semántica y estructural absoluta, no requirió modificaciones, por lo que los datos de estas 20 personas se incluyeron de manera válida dentro del consolidado de la data total de los 170 pacientes de la muestra.

El trabajo de campo se desarrolló mediante visitas presenciales a los servicios de hospitalización autorizadas. La investigadora identificó a los pacientes que acumulaban más de 48 horas de estancia y verificó clínicamente su estado de lucidez cognitiva. Tras explicar los fines académicos de la investigación y garantizar el anonimato bajo estricto secreto profesional, se procedió a solicitar la firma del consentimiento informado y a aplicar el instrumento, cuya duración aproximada fue 15 minutos por usuario, desarrollándose de forma individual al lado de la cama del paciente, asegurando condiciones de privacidad para evitar sesgos por deseabilidad social o temor a represalias institucionales.

Los datos crudos recolectados fueron organizados, tabulados y procesados mediante el software estadístico especializado como el IBM SPSS Statistics 28.0 y Microsoft 365 para Microsoft Windows 11. Para la interpretación cuantitativa de los resultados, se diseñó un sistema de baremos y rangos numéricos de corte que permite clasificar las puntuaciones en niveles ordinales de Deficiente, Regular y Eficiente. Estos baremos analíticos se estructuraron para cada uno de los ocho indicadores, las tres dimensiones y en la puntuación total de la única variable, cuyos detalles y escalas de corte numérico se encuentran consignadas en los Anexos 3 al 6 del presente informe académico.

2.2. Resultados

Tabla 1

Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente por indicadores, expresado en número, porcentajes, promedio, mediana y desviación estándar.

Dimensiones	Indicadores	Niveles						Promedio	Mediana	Desviación Estándar
		Deficiente		Regular		Eficiente				
		N	%	N	%	N	%			
Estructura	Recursos físicos-tecnológicos	13	7,65	74	43,53	83	48,82	3,75	4	±0,91
	Personal y organización	28	16,47	101	59,41	41	24,12	3,30	3	±0,94
	Procesos administrativos seguros	42	24,71	76	44,71	52	30,59	3,31	3	±1,12
Proceso	Comunicación con el paciente	48	28,24	99	58,24	23	13,53	3,01	3	±0,86
	Cumplimiento de protocolos seguros	26	15,29	47	27,65	97	57,06	3,78	4	±1,15
	Coordinación interprofesional	15	8,82	46	27,06	109	64,12	3,83	4	±0,96
Resultados percibidos de seguridad del paciente	Confianza y sensación de seguridad	21	12,35	87	51,18	62	36,47	3,49	4	±0,93
	Manejo de incidentes y aprendizaje	20	11,76	83	48,82	67	39,41	3,57	4	±1,27

Fuente: Base de datos del cuestionario aplicado a los pacientes hospitalizados en ESSALUD - Chimbote, 2025.

Tabla 2

Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente por dimensiones, expresado en número, porcentajes, promedio, mediana y desviación estándar.

Dimensiones	Niveles						Promedio	Mediana	Desviación Estándar
	Deficiente		Regular		Eficiente				
	N	%	N	%	N	%			
Estructura	7	4,12	104	61,18	59	34,71	3,53	4	±0,95
Proceso	6	3,53	123	72,35	41	24,12	3,37	3	±1,10
Resultados percibidos de seguridad del paciente	9	5,29	80	47,06	81	47,65	3,63	4	±0,97

Fuente: Base de datos del cuestionario aplicado a los pacientes hospitalizados en ESSALUD - Chimbote, 2025.

Tabla 3

Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente, expresado en número, porcentajes, promedio, mediana y desviación estándar.

Niveles						Promedio	Mediana	Desviación Estándar
Deficiente		Regular		Eficiente				
N	%	N	%	N	%			
3	1,76	117	68,82	50	29,41	3,50	4	±1,02

Fuente: Base de datos del cuestionario aplicado a los pacientes hospitalizados en ESSALUD - Chimbote, 2025.

2.3. Análisis e Interpretación

En el análisis e interpretación de los resultados según los indicadores (Tabla 1) se encontró que para el indicador Recursos físicos-tecnológicos, los mayores niveles en porcentajes estuvieron en Eficiente con 48,82% (83) y en Regular con 43,53% (74), siendo menor el nivel de Deficiente con 7,65% (13). Asimismo, este indicador presentó un promedio de 3,75, una mediana de 4 y con desviación estándar de $\pm 0,91$.

Los hallazgos porcentuales de esta investigación revelan una dualidad, aunque el 48,82% evalúa los recursos físicos como eficientes, resulta crítico que la suma acumulada en 51,18% los perciba entre regulares y deficientes. Esta realidad concuerda con Padilla-Florián y Pozo-Olivera (2023) quienes evidenciaron que las brechas logísticas y de capacidad de respuesta en los hospitales públicos peruanos son el principal detonante de la inseguridad percibida por el usuario. Al contrastar estos resultados con el modelo de Donabedian (1988) y Palomino (2023) quienes determinan si la gestión hospitalaria carece de estandarización en sus recursos, generan un entorno que vulnera la cultura de seguridad y que la infraestructura del servicio no logra consolidarse como un soporte continuo, porque suele fallar esta barrera estructural primaria, que expone al asegurado a algunos riesgos totalmente evitables.

En el análisis estadístico se confirma esta inestabilidad material, si bien el promedio de 3,75 y la mediana de 4 ubican la tendencia general en un nivel de aparente suficiencia, la desviación estándar de $\pm 0,91$ resulta crítica para un rango de medición corto, porque una dispersión de casi un punto entero evidencia una asimetría en las experiencias de los asegurados. Al contrastar esta brecha con los hallazgos sistémicos de Serongwa y Matlhaba (2026) las deficiencias en la provisión logística y de recursos materiales del hospital generan fluctuaciones operativas peligrosas, y estas carencias estructurales obligan al personal a alterar sus flujos de trabajo, quebrando las barreras de seguridad.

Sobre el indicador Personal y organización (Tabla 1), el mayor nivel en porcentaje estuvo en Regular con 59,41% (101), siendo menores los niveles de Eficiente con 24,12% (41) y Deficiente con 16,47% (28). Asimismo, este indicador presentó un promedio de 3,30, una mediana de 3 y con desviación estándar de $\pm 0,94$.

En este se expone una evidente vulnerabilidad operativa con el 59,41% de los usuarios lo evalúa como regular y un 16,47% como deficiente, que desde la perspectiva estructural de Donabedian (1988) la suficiencia y adecuada distribución del talento humano conforman el núcleo crítico del entorno hospitalario, sin el cual cualquier protocolo preventivo resulta inviable. Esta concentración en los niveles bajos refleja un déficit empírico en la disponibilidad asistencial en las salas de hospitalización que pueden traducirse en demoras o apresuramientos. Esta realidad concuerda con Suárez y Gonzales (2024) quienes demostraron en su investigación en nosocomios públicos peruanos que la escasez y la sobrecarga del personal en los servicios de hospitalización constituyen la principal amenaza estructural que debilita la cultura de seguridad, propiciando directamente la aparición de eventos adversos prevenibles al superar la capacidad de respuesta del trabajador de la salud.

En el análisis estadístico de sus métricas, el promedio de 3,30 y la mediana de 3 pueden situar a la organización del personal en un punto de estancamiento operativo, así, la desviación estándar de $\pm 0,94$ indica una marcada asimetría en los tiempos de respuesta percibidos por los asegurados. Al interpretar esta dispersión cuantitativa a la luz de los hallazgos sistémicos de Serongwa y Matlhaba (2026) se evidencia que la ineficiente distribución de la carga asistencial actúa como un catalizador primario de vulnerabilidad institucional, esta saturación operativa puede obligar al personal médico y de enfermería a priorizar la inmediatez sobre el cumplimiento estricto de los protocolos de seguridad, lo cual quiebra la resiliencia del nosocomio e incrementa significativamente el riesgo de incidentes clínicos.

Para el análisis e interpretación de los resultados en el indicador Procesos administrativos seguros (Tabla 1), el nivel con mayor porcentaje estuvo en Regular con 44,71% (76), siendo menores los niveles de Eficiente con 30,59% (52) y Deficiente con 24,71% (42). Asimismo, este indicador presentó un promedio de 3,31, una mediana de 3 y con desviación estándar de $\pm 1,12$.

Estos resultados evidencian una preocupante falta de consolidación, el 44,71% de los asegurados percibe una ejecución regular y el 24,71% una deficiente. Desde los lineamientos globales de calidad, la seguridad clínica depende de la homogeneidad de los flujos administrativos, tales como la verificación de identidad o la explicación de

normativas que va en la línea de lo expresado por Arias-Botero y Gómez-Arias (2017) quienes señalan que la desarticulación de los procesos administrativos y la ausencia de directrices logísticas claras generan fallas en la atención, ya que no existe un sistema uniforme que audite los pasos previos a la intervención médica.

En su análisis netamente estadístico, las métricas obtenidas reflejan una marcada heterogeneidad muestral, el promedio en 3,31 y la mediana en 3 sitúa la medida de tendencia central exactamente en el punto neutro de la escala, evidenciando que el comportamiento general se estanca en la regularidad. Sin embargo, el dato crítico es la desviación estándar de $\pm 1,12$ que de acuerdo con Joshi et al. (2015) que mencionan que en instrumentos paramétricos, como el aplicado, una dispersión superior a un punto demuestra matemáticamente la ausencia de consenso poblacional, quizás esta amplitud estadística indica que las experiencias no son uniformes, que mientras un grupo percibe los trámites favorablemente, otro segmento los califica negativamente, confirmando una alta variabilidad empírica en la prestación del servicio de salud.

En el indicador Comunicación con el paciente (Tabla 1), el nivel con mayor porcentaje estuvo en Regular con 58,24% (99), siendo menores los niveles de Deficiente con 28,24% (48) y Eficiente con 13,53% (23). Asimismo, este indicador presentó un promedio de 3,01, una mediana de 3 y con desviación estándar de $\pm 0,86$.

Se exponen una brecha relacional en la institución en que el 58,24% de los asegurados percibe este proceso como regular y un 28,24% lo califica de deficiente, y en el contexto de la gestión de la calidad hospitalaria, el flujo de información clínica no es un simple formalismo de empatía, sino una barrera de protección fundamental, ya que esta abrumadora concentración de respuestas no óptimas (86,48%) evidencia asimetrías al momento de explicar diagnósticos, tratamientos o advertir riesgos terapéuticos a pie de cama, que contraviene a los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) entidad que advierte que la comunicación ineficaz anula la capacidad del paciente para comprender su estado e involucrarse en la prevención de su propio daño, consolidándose como uno de los principales factores humanos que precipitan eventos adversos.

Complementando el análisis estadístico, el promedio de 3,01 y la mediana de 3 evidencian una tendencia central ubicada en el nivel intermedio del instrumento, lo que sugiere una percepción moderada del fenómeno evaluado dentro del entorno hospitalario, y la desviación estándar de $\pm 0,86$ indica una dispersión moderada, reflejando variabilidad en las respuestas del personal. La literatura señala que la variabilidad en las percepciones y en la aplicación de prácticas asistenciales puede influir en la consistencia de la atención y en la consolidación de una cultura de seguridad homogénea dentro de las organizaciones sanitarias (Braithwaite et al., 2020; Churrua et al., 2021), así los resultados sugieren que la experiencia evaluada no se presenta de manera completamente uniforme, lo que podría asociarse a diferencias en la aplicación de prácticas de seguridad y en la comunicación dentro del equipo de salud.

Respecto al indicador Cumplimiento de protocolos seguros (Tabla 1), el nivel con mayor porcentaje estuvo en Eficiente con 57,06% (97), siendo menores los niveles de Regular con 27,65% (47) y Deficiente con 15,29% (26). Asimismo, este indicador presentó un promedio de 3,78, una mediana de 4 y con desviación estándar de $\pm 1,15$.

Los hallazgos exponen una gestión clínica polarizada, aunque la mayoría de los usuarios (57,06%) percibe un nivel eficiente, resulta preocupante que un conjunto de 42,94% lo evalúe entre regular y deficiente. En el contexto de la seguridad del paciente, el cumplimiento de guías no admite márgenes de error ni aplicaciones parciales, esta fractura operativa concuerda directamente con lo postulado por Vera y Ramón (2021) quienes sostienen que la adherencia intermitente a los protocolos anula su propósito preventivo, ya que la seguridad hospitalaria no depende de acciones aisladas, sino de ser absoluta del cuidado.

Aunque por su estadístico, el comportamiento de las métricas confirma una discrepancia poblacional, que si bien el promedio de 3,78 y la mediana de 4 posicionan la tendencia hacia el extremo superior, es la desviación estándar de $\pm 1,15$ que resulta excepcionalmente alta y rompe la homogeneidad del indicador, es así que, Churrua et al. (2021) sostienen que la heterogeneidad en las percepciones sobre cultura y seguridad hospitalaria evidencia ausencia de consenso organizacional y variabilidad en las prácticas asistenciales, lo que haría que el cumplimiento de los protocolos de seguridad sea impredecible, ya que mientras un sector experimenta un rigor clínico absoluto, otro no

percibe acciones operativas contundentes, pudiendo dejar al paciente a merced del profesional asignado.

En el análisis e interpretación del indicador Coordinación interprofesional (Tabla 1), el mayor nivel en porcentaje estuvo en Eficiente con 64,12% (109), y menores los niveles de Regular con 27,06% (46) y Deficiente con 8,82% (15). Asimismo, este indicador presentó un promedio de 3,83, una mediana de 4 y con desviación estándar de $\pm 0,96$.

En este indicador se evidencian un escenario mayoritariamente favorable, con un 64,12% de usuarios evaluándolo como eficiente, pero no se puede dejar de mencionar al observar un 35,88% acumulado en los niveles regular y deficiente, siendo la coordinación del equipo multidisciplinario una barrera en el paso de información clínica, y esta porción de percepciones no óptimas concuerda directamente con Müller et al. (2018) quienes demostraron que las fallas en la comunicación interprofesional y la desarticulación en el relevo médico son los factores organizacionales que más precipitan eventos adversos.

Aunque de acuerdo a las métricas se proyecta una asimetría en que el promedio de 3,83 y la mediana de 4 consolidan la tendencia central en el nivel de suficiencia, demostrando que el grueso poblacional experimenta un entorno cohesionado, pero la desviación estándar de $\pm 0,96$ dentro de la escala medida de acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) en una distribución orientada hacia los puntajes altos, una desviación cercana a la unidad evidencia un sesgo pronunciado y alta volatilidad, que demuestra que la coordinación no es una constante sino que coexiste con una minoría persistente de pacientes que no percibe una articulación clínica.

Conforme a lo observado en el indicador Confianza y sensación de seguridad (Tabla 1), el mayor nivel en porcentaje estuvo en Regular con 51,18% (87), seguido del nivel Eficiente con 36,47% (62) y fue menor el nivel Deficiente con 12,35% (21). Asimismo, este indicador presentó un promedio de 3,49, una mediana de 4 y con desviación estándar de $\pm 0,93$.

Los resultados en este indicador exponen un 36,47% que reporta un nivel eficiente, pero en la gestión de calidad hospitalaria, la confianza no es un valor abstracto, sino el resultado directo de la percepción de un entorno seguro que un acumulado del 63,53% no

logra consolidar una confianza plena y refleja que el paciente se mantiene en un estado de alerta que concuerda con Arce-Huamani y Aliaga-Gastelumendi (2023) quienes demostraron en nosocomios del Seguro Social que las fallas en la oportunidad del servicio y la intermitencia en el trato generan estrés institucional, mermando la satisfacción del usuario y quebrando el vínculo terapéutico, lo cual obstaculiza un mejor tratamiento y prolonga su vulnerabilidad clínica.

En su métricas se proyecta una evidente asimetría en la tendencia central, en donde el promedio de 3,49 frente a una mediana de 4 revela una dispersión de la muestra, que según Boone y Boone (2012) cuando en la medición de datos ordinales la mediana supera al promedio aritmético, se demuestra una asimetría negativa, en el que un grupo superior lleva la medida de posición hacia la eficiencia, pero una masa crítica subyacente ancla el promedio general hacia la neutralidad, y una desviación estándar de $\pm 0,93$, demostrando que, mientras una fracción de pacientes logra consolidar un fuerte vínculo de seguridad, la mayoría experimenta una atención que no trasciende la simple regularidad.

En lo encontrado sobre el indicador Manejo de incidentes y aprendizaje (Tabla 1), el mayor nivel en porcentaje estuvo en Regular con 48,82% (83), seguido del nivel Eficiente con 39,41% (67) y menor el nivel Deficiente con 11,76% (20). Asimismo, este indicador presentó un promedio de 3,57, una mediana de 4 y con desviación estándar de $\pm 1,27$.

Los hallazgos en este indicador exponen en el contexto de la gestión, el aprendizaje organizacional no es un acto reactivo, sino el pilar que transforma las fallas en barreras preventivas futuras y que más del 60% experimente una gestión por debajo de lo óptimo y esta realidad concuerda directamente con Bernal (2020) quien demostró en nosocomios peruanos que la percepción neutral o negativa sobre el manejo de incidentes está correlacionada con la falta de notificación de eventos adversos, perpetuando un entorno inseguro con ausencia de una retroalimentación sistémica.

La revisión de las métricas evidencia que el promedio de 3,57 y la mediana de 4 configuran una tendencia central que se ubica en el tramo superior de la escala, lo que sugiere una valoración global favorable del indicador, pero la desviación estándar de $\pm 1,27$ introduce un elemento de variabilidad que matiza dicha tendencia, indicando que las respuestas no se distribuyen de manera completamente uniforme dentro del grupo

evaluado. En coherencia con Sullivan y Artino (2013) el análisis de escalas tipo Likert debe realizarse a partir de la lectura conjunta de las medidas de tendencia central y dispersión, considerando su naturaleza ordinal y evitando interpretaciones basadas en un único estadístico aislado, de esta perspectiva, los resultados no solo describen una tendencia favorable, sino también la coexistencia de percepciones diferenciadas, lo que sugiere que la experiencia evaluada no es completamente homogénea en el entorno hospitalario.

En el análisis e interpretación de los resultados por dimensiones, se encontró que para la dimensión Estructura (Tabla 2), el mayor nivel en porcentaje estuvo en Regular con 61,18% (104), seguido del nivel Eficiente con 34,71% (59) y fue menor el nivel Deficiente con 4,12% (7). Asimismo, esta dimensión presentó un promedio de 3,53, una mediana de 4 y con desviación estándar de $\pm 0,95$.

En esta dimensión se revelan una preocupante fragilidad operativa en las salas de hospitalización, donde la mayoría de los usuarios (61,18%) percibe las condiciones materiales como regulares y un 4,12% como deficientes, que dentro del enfoque de calidad asistencial, la infraestructura y el equipamiento no son meros componentes logísticos, sino la barrera preventiva primaria contra eventos adversos en el paciente internado, y que conforme a De la Garza y Calderón (2024) mencionan que las deficiencias estructurales en las áreas de hospitalización imposibilitan el cumplimiento de los estándares de seguridad. Del mismo modo, Flores-Valdez et al. (2024) en su estudio sobre nosocomios peruanos, afirman que cuando la dimensión de estructura no alcanza la excelencia, la calidad del servicio se fractura, haciendo que la prevención de riesgos y la sensación de seguridad dependan casi enteramente del esfuerzo compensatorio del personal asistencial, y no de un soporte físico institucional verdaderamente sólido.

Para sus métricas hay una discrepancia posicional en este nivel de análisis dimensional, que si bien el promedio se sitúa en 3,53, el registro de una mediana de 4 contrasta con la concentración poblacional mayoritaria de 61,18% en el nivel regular, y según los lineamientos metodológicos de Harpe (2015) para datos ordinales tipo Likert, cuando la mediana difiere estructuralmente de la media poblacional, se evidencia una distribución asimétrica, lo que significaría que una minoría de pacientes experimenta camas o servicios con dotación óptima lleva la mediana hacia la eficiencia, mientras la masa crítica

padece un entorno físico estancado, y a evidencia de una desviación estándar de $\pm 0,95$, denotaría que la asignación de los recursos físicos en hospitalización carece de equidad, condicionando al paciente en el azar del área que se le asigne.

En lo encontrado sobre la dimensión Proceso (Tabla 2), el mayor nivel en porcentaje estuvo en Regular con 72,35% (123), seguido del nivel Eficiente con 24,12% (41) y fue menor el nivel Deficiente con 3,53% (6). Asimismo, esta dimensión presentó un promedio de 3,37, una mediana de 3 y con desviación estándar de $\pm 1,10$.

En esta dimensión, los resultados evidencian una gran mayoría de los pacientes (72,35%) en prácticas asistenciales y administrativas como regulares, frente a un 24,12% de eficiencia y un 3,53% de deficiencia. En este contexto de hospitalización, una gran concentración en la neutralidad según Ayovi Rivera et al. (2025) la aplicación parcial o no estandarizada de las políticas de seguridad en pacientes hospitalizados debilita directamente las barreras de contención, perpetuando la aparición de eventos adversos prevenibles. Asimismo, este déficit es respaldado por De la Garza y Calderón (2024) quienes demostraron empíricamente que, en las salas de hospitalización, la fiabilidad de los procesos se debe a los procedimientos clínicos y administrativos de forma correcta y constante que es el pilar que define la calidad de la atención, y cuando dichos procesos se ejecutan con intermitencias, el paciente percibe un entorno de vulnerabilidad que quiebra su sensación de seguridad.

Las métricas muestran que el posicionamiento de la mediana en 3 converge con la concentración porcentual mayoritaria, colocando la medida de tendencia central en la regularidad; sin embargo, aunque el promedio alcanza un 3,37, el valor crítico es la desviación estándar de $\pm 1,10$. En relación con ello, Braithwaite et al. (2020) sostienen que los sistemas hospitalarios suelen presentar inconsistencias en la aplicación de prácticas asistenciales y en la ejecución de los procesos de atención, situación que limita la uniformidad de la seguridad clínica, por ello la dispersión observada sugeriría que los flujos de atención en el nosocomio no responden completamente a una directriz homogénea, sino que la aplicación de los protocolos podría depender de las características operativas y profesionales del personal encargado.

De acuerdo con lo observado en la dimensión Resultados percibidos de seguridad del paciente (Tabla 2), los mayores niveles en porcentajes estuvieron en Eficiente con 47,65% (81) y Regular con 47,06% (80), y fue menor el nivel Deficiente con 5,29% (9). Asimismo, esta dimensión presentó un promedio de 3,63, una mediana de 4 y con desviación estándar de $\pm 0,97$.

En el análisis de esta dimensión, los valores porcentuales exponen una marcada polarización en la evaluación de los usuarios; mientras un 47,65% percibe eficiencia, un grupo similar de 47,06% está en el nivel regular, sumado a un 5,29% de deficiencia. En este entorno de la hospitalización, los resultados percibidos constituyen la valoración final del paciente sobre su propia protección frente a posibles eventos adversos, y a decir que más del 52% acumulado no alcance un nivel de certeza plena es un indicador clínico de alerta, que bajo este escenario concuerda con Flores-Valdez et al. (2024) quienes demostraron en nosocomios peruanos que la percepción de seguridad en el paciente hospitalizado es el núcleo de la calidad del servicio; entonces si el usuario experimenta incertidumbre, su confianza en la institución se deteriora, y esto es respaldado por De la Garza y Calderón (2024) quienes confirmaron en salas de internamiento que cuando la sensación de protección no es garantizada de manera absoluta, hay fallos en las barreras preventivas, lo que demuestra que la calidad no se percibe constante.

En el comportamiento de las métricas se observa que, aunque la mediana se posiciona en 4 y el promedio alcanza 3,63, la distribución porcentual entre los niveles “Eficiente” y “Regular” evidencia una concentración de respuestas en dos categorías predominantes, lo que sugiere una distribución no completamente uniforme de las percepciones. En este sentido, Sullivan y Artino (2013) recomiendan interpretar las escalas tipo Likert considerando su naturaleza ordinal y el comportamiento conjunto de las medidas de tendencia central y dispersión, evitando sobre interpretaciones del promedio como único indicador representativo, y la desviación estándar de $\pm 0,97$ indica una variabilidad moderada en las respuestas, lo que sugiere diferencias en la percepción del personal respecto a la calidad de la atención y que desde el enfoque de seguridad del paciente, esta variabilidad puede asociarse a diferencias en la consistencia de las prácticas asistenciales y en la experiencia percibida por el paciente.

Para el análisis e interpretación de los resultados total (Tabla 3), se encontró que el mayor nivel en porcentaje estuvo en Regular con 68,82% (117), seguido del nivel Eficiente con 29,41% (50) y fue menor el nivel Deficiente con 1,76% (3). Asimismo, en este análisis se presentó un promedio de 3,50, una mediana de 4 y con desviación estándar de $\pm 1,02$.

En el análisis de la gestión de la calidad enfocada en la seguridad del paciente, el escenario porcentual revela un estancamiento sistémico importante, en el que la gran mayoría de los usuarios (68,82%) evalúa la atención hospitalaria global en un nivel regular, frente a un 29,41% de eficiencia y un 1,76% de deficiencia. En el entorno de la hospitalización, la seguridad en la atención no es un programa aislado o complementario, sino el núcleo transversal que valida la calidad de la gestión; si el paciente no está protegido contra riesgos o eventos adversos, cualquier otro atributo del servicio pierde validez, y por lo observado, una alta concentración en la regularidad concuerda, en primer lugar, con Serrano-Berrones et al. (2024) quienes demostraron que cuando las acciones esenciales de seguridad no se aplican con excelencia en las salas de hospitalización, el riesgo de incidentes aumenta exponencialmente, quebrando la calidad institucional, y este déficit es respaldado por Zuleta González et al. (2024) quienes afirman en su revisión hospitalaria que la cultura de calidad es insuficiente cuando los directivos no logran consolidar la seguridad clínica como un valor corporativo constante. Estos resultados, convergen con expuesto por Romero (2024) quien concluyó que una percepción mayoritariamente regular, en la seguridad del paciente hospitalizado, no es sinónimo de estabilidad, sino que puede enmascarar algunas fallas latentes en la comunicación y en la inseguridad, manteniendo al usuario en un estado de vulnerabilidad constante.

De la revisión integral de las métricas se observa que el promedio de 3,50 y la mediana de 4 reflejan una tendencia central ubicada en un nivel de suficiencia de la variable. Sin embargo, la desviación estándar de $\pm 1,02$ evidencia variabilidad en las respuestas del personal, lo que sugiere diferencias en la percepción del fenómeno evaluado dentro del mismo entorno hospitalario. En concordancia con Sullivan y Artino (2013) el análisis de escalas tipo Likert debe considerar de manera conjunta las medidas de tendencia central y dispersión, debido a la naturaleza ordinal de los datos, evitando interpretaciones basadas exclusivamente en el promedio, así la dispersión observada permite identificar la coexistencia de percepciones no completamente homogéneas respecto a la seguridad del

paciente, lo que podría reflejar variaciones en la experiencia asistencial según el contexto o las condiciones de atención.

Por lo tanto, el análisis transversal de los indicadores, las dimensiones y la variable global evidencia un diagnóstico gerencial concluyente en que la gestión de la calidad no se está materializando bajo un alto enfoque de seguridad del paciente, estando la mayor concentración de los resultados en el nivel regular, sumada a las valoraciones en el nivel deficiente, demostrarían que el hospital opera bajo un modelo de cumplimiento básico y superficial, dado que la regularidad confirma que la protección del paciente hospitalizado frente a eventos adversos no actúa como el eje rector de las decisiones gerenciales óptimas, que requieren su especial atención de mejoras, para que no exista una vulnerabilidad clínica directa para el paciente, siendo necesario que la alta dirección reestructure su paradigma, en el que la seguridad del paciente no debe ser un atributo fluctuante, sino el núcleo estratégico e innegociable que legitime y garantice toda la gestión de la calidad en el nosocomio.

III. CONCLUSIONES

La dimensión Estructura, fluctuó sobre el entorno físico, logístico y de equipamiento mayoritariamente en un nivel regular (61,18%), limitando las condiciones estructurales de la solidez como primera barrera preventiva y condicionan la capacidad del talento humano para ofrecer una atención plenamente segura.

En la dimensión Proceso, la ejecución de las prácticas clínicas y administrativas se concentra críticamente en un nivel regular (72,35%), en donde los flujos de atención y la adherencia a los protocolos de seguridad necesitan una estandarización homogénea, provocando que el blindaje del paciente hospitalizado sea intermitente y quede supeditado a la pericia del personal asistencial.

Sobre la dimensión Resultados percibidos, se determinó una marcada polarización en la experiencia del usuario, dividida casi equitativamente entre los niveles eficiente (47,65%) y regular (47,06%), en que el hospital no logra sostener un impacto de calidad constante, manteniendo a una masa crítica de los pacientes bajo un escenario de incertidumbre respecto a la certeza y homogeneidad en la seguridad recibida durante su estancia hospitalaria.

La gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en una institución de ESSALUD - Chimbote, 2025, se posiciona predominantemente en un nivel regular con el 68,82%, permitiendo concluir que la institución opera bajo un modelo de cumplimiento básico y normativo, en donde la protección del paciente frente a riesgos asistenciales todavía no se consolida como el eje transversal y estratégico de las decisiones gerenciales.

RECOMENDACIONES

Institucionalizar un Plan Estratégico de Calidad Asistencial centrado estrictamente en la seguridad del paciente que exige conformar un Comité de Seguridad Hospitalaria con capacidad resolutive que supervise los indicadores de riesgo, con el fin de transitar del nivel regular evidenciado hacia una cultura organizacional de alta confiabilidad.

Ejecutar una auditoría de infraestructura y un plan acelerado de cierre de brechas de equipamiento en las áreas de hospitalización, que asegurará que el entorno físico supere la fragilidad actual y se consolide genuinamente como la primera barrera de protección inquebrantable frente a eventos adversos.

Implementar protocolos obligatorios de Rondas Clínicas de Seguridad y listas de verificación estructuradas en los diferentes turnos, buscando erradicar la intermitencia en los flujos de atención y asegurar que la seguridad del paciente dependa de un sistema estandarizado y no solo del personal.

Desarrollar un programa de Paciente Activo enfocado en la humanización y la comunicación asertiva del riesgo, que permita transparentar las medidas de protección ante el usuario y su familia, y que mitigue la actual polarización de los resultados percibidos, transformando la incertidumbre en una sólida confianza institucional.

Emplear el presente diagnóstico situacional como marco de referencia para diseñar investigaciones que puedan generar programas de intervención directa sobre la cultura de seguridad hospitalaria, midiendo su impacto en la mejora de la calidad asistencial con evaluaciones previas y posteriores a su implementación y aplicación.

Desarrollar estudios de alcance correlacional o predictivo que analicen cómo los factores internos de la organización como la sobrecarga laboral, el clima organizacional o la dotación de recursos humanos, inciden como variables intervinientes en la gestión de la calidad desde el enfoque de la seguridad del paciente hospitalizado.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M. y García, P. (2019). *Calidad de atención y satisfacción del paciente en el Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón, Nuevo Chimbote*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Santa]. Repositorio Institucional UNS.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2019). *Hospital Survey on Patient Safety Culture: Version 2.0 User's Guide* (AHRQ Publication No. 19-0071-1-EF). U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/hospitalsurvey2-userguide.pdf>
- Arce-Huamani, M. Á. y Aliaga-Gastelumendi, R. A. (2023). Calidad de atención y satisfacción del usuario en un Servicio de Emergencia de un Hospital del Seguro Social. *Acta Médica Peruana*, 40(4), 308–313. <https://doi.org/10.35663/amp.2023.404.2722>
- Arias-Botero, J. H. y Gómez-Arias, R. D. (2017). La cultura de la seguridad del paciente: enfoques y metodologías para su medición. *CES Medicina*, 31(2), 180–191. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.31.2.7>
- Ayllaúcan, M. D. R. (2023). *Gestión de la calidad y seguridad del paciente en una entidad pública de salud, Callao 2023* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo.
- Ayovi, J. J., Moreira, J. E. y Figuera, P. A. (2025). Efectividad de políticas de seguridad del paciente geriátrico hospitalizado para reducir eventos adversos. Revisión sistemática. *Más Vita*, 7(3), 8–25. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0283>
- Bernal, F. (2020). Nivel de percepción de la cultura de seguridad del paciente y notificación de eventos adversos en un hospital nivel I. *Revista Científica Curae*, 3(1), 43–52. <https://doi.org/10.26495/curae.v3i1.1383>

- Boone, H. N. y Boone, D. A. (2012). Analyzing Likert data. *Journal of Extension*, 50(2), Artículo 48. <https://doi.org/10.34068/joe.50.02.48>
- Braithwaite, J., Glasziou, P., Westbrook, J., Coiera, E., Naismith, S., Creswick, N., Jorm, L. y Debono, D. (2020). The three numbers you need to know about healthcare: The 60-30-10 challenge. *BMC Medicine*, 18(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12916-020-01563-4>
- Castillo-Ayón, L. M., Delgado-Choez, G. S., Briones-Mera, B. M. y Santana-Vera, M. E. (2023). La gestión de la calidad de cuidados en enfermería y la seguridad del paciente. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, 7(13), 40–49. <https://doi.org/10.35381/s.v.v7i13.2417>
- Cedeño, L., Reyes, M. y Mendoza, J. (2024). Percepción de la calidad de atención a los usuarios en el servicio de emergencia de un Hospital General del Seguro Social. *Revista Académica de Investigación*, 5(2), 14-25. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/10344050.pdf>
- Churruca, K., Ellis, L. A., Pomare, C., Hogden, A., Bierbaum, M., Long, J. C. y Braithwaite, J. (2021). Dimensions of safety culture: A systematic review of quantitative, qualitative and mixed methods for assessing safety culture in hospitals. *BMJ Open*, 11(7), e043982. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-043982>
- Contraloría General de la República. (2018, 19 de julio). *Contraloría alerta riesgos en hospitales de Áncash por deficiencias en principales servicios de salud* (Nota de prensa N.º 530-2018-CG). Plataforma Digital Única del Estado Peruano. <https://www.gob.pe/institucion/contraloria/noticias/496139-530-2018-cg-contraloria-alerta-riesgos-en-hospitales-de-ancash-por-deficiencias-en-principales-servicios-de-salud>
- Culcay, M. J., Chu, K. A., Pacheco, S. I., Macias, K. M. y Mera, S. G. (2025). Percepción de la Cultura de Seguridad del Paciente por Personal de Enfermería, Hospital

General Quevedo. *Ciencia y Reflexión - Revista Científica Multidisciplinaria*, 4(4), 656–691. <https://doi.org/10.70747/cr.v4i4.620>

De la Garza, M. T. y Calderón, A. (2024). Calidad en el servicio mediante la metodología Servqual y satisfacción en pacientes hospitalizados. *Horizonte Sanitario*, 23(1), 73–81. <https://doi.org/10.19136/hs.a23n1.5697>

Díaz, J. J. (2025). *Significado de cultura de seguridad del paciente en las enfermeras de un hospital público de Lambayeque, 2024* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. Repositorio Institucional de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>

Espinoza-Portilla, E., Gil-Quevedo, W. y Agurto-Távora, E. (2020). Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. *Revista Cubana de Salud Pública*, 46(4), e2146. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662020000400012

Flores-Valdez, N., López-Claros, J., Herrera-Gómez, C., Herrera, R., Miñán-Tapia, A. y Luque, N. (2024). Satisfacción del paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina de un hospital de Perú mediante el indicador SERVQHOS. *Revista Médica Basadrina*, 18(2), 3–12. <https://doi.org/10.33326/26176068.2024.2.2089>

Gómez, M. J. (2023). *Mejorando barreras de bioseguridad del paciente en el servicio de salud*. [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote]. Repositorio Institucional ULADECH.

Guibovich, D. G. (2020). *Cuidado de enfermería y eventos adversos en una unidad de cuidados intensivos* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Nacional de Trujillo]. Repositorio Institucional UNITRU.

- Harpe, S. E. (2015). How to analyze Likert and other rating scale data. *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*, 7(6), 836–850. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2015.08.001>
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw-Hill Interamericana.
- Institute of Medicine. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>
- Joshi, A., Kale, S., Chandel, S. y Pal, D. K. (2015). Likert scale: Explored and explained. *British Journal of Applied Science & Technology*, 7(4), 396–403. <https://doi.org/10.9734/BJAST/2015/14975>
- Lezcano, S. J. (2023). *Gestión hospitalaria y satisfacción del paciente atendido en el servicio de medicina y cirugía de un hospital de Chimbote, 2022* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo.
- Lopes, B. de A., Cañedo, M. C., Torres, N. L., Lopes, T. I. B. y Gaíva, M. A. M. (2023). La cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva del equipo de enfermería. *Cogitare Enfermagem*, 28, Artículo e91375. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.91375>
- Matta, N. Y. (2024). *Seguridad del paciente y prevención de eventos adversos del personal asistencial en un centro de salud público, Chimbote, 2024* [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo.
- Ministerio de Salud (MINSA). (2022). *Diagnóstico de brechas de infraestructura y equipamiento del sector salud (PMI 2023-2025)*. Gobierno del Perú. <https://www.minsa.gob.pe/Recursos/OTRANS/08Proyectos/2022/diagnostico-brechas-infraestructura-sector-salud-2022.pdf>

- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., Hautz, W. E. y Stock, S. (2018). Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: A systematic review. *BMJ Open*, 8(8), e022202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022202>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). *Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021–2030: Hacia la eliminación de los daños evitables en la atención de salud*. OMS. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240032705>
- Oviedo, C. H. y Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 572–580. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634409.pdf>
- Padilla-Florián, M. y Pozo-Olivera, M. C. (2023). Percepción de calidad y satisfacción del paciente en hospitales especializados del centro del Perú. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 5(4), 305–311. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2023.5.4.434>
- Palomino, R. (2023). Cultura de seguridad del paciente desde la perspectiva de enfermería en dos hospitales públicos de Perú. *Investigación e Innovación: Revista Científica de Enfermería*, 3(1), 27–36. <https://doi.org/10.33326/27905543.2023.1.1750>
- Palomino, E. C. y Condori Huaman, Y. L. (2025). *Carga de trabajo en enfermería y seguridad del paciente en el hospital Daniel Alcides Carrión Huancayo; 2024* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio Institucional de la Universidad Peruana Los Andes.
- Ramón, T. M. (2025). *Influencia entre la gestión sanitaria y la seguridad del paciente en un hospital público, Huánuco 2024* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Hermilio Valdizán]. Repositorio Institucional de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ: British Medical Journal*, 320(7237), 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

- Rivera, H. S., Paredes Ayala, B. y Sánchez Minchola, S. E. (2020). Seguridad del paciente hospitalizado en Essalud. *ACC CIETNA: Revista de la Escuela de Enfermería*, 7(2), 85-92. <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/download/410/1033/>
- Romero, J. C. (2024). Percepción por Enfermería de la Cultura de la Seguridad del Paciente en los Servicios Hospitalarios, Cerete – Córdoba, 2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 11650–11678. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.10469
- Sahlström, M., Partanen, P., Azimirad, M., Selander, T. y Turunen, H. (2019). Patient participation in patient safety: An exploration of promoting factors. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 84–92. <https://doi.org/10.1111/jonm.12651>
- Saturno, P. J. (2018). *Gestión de la calidad y seguridad del paciente en instituciones de salud*. Instituto Nacional de Salud Pública de México.
- Seguro Social de Salud (ESSALUD). (2021). *Directiva de "Registro, notificación y gestión de los eventos relacionados con la seguridad del paciente en EsSalud"*. Repositorio Institucional ESSALUD. <https://hdl.handle.net/20.500.12959/2070>
- Serongwa, L. R. y Matlhaba, K. L. (2026). Contributing factors to patient safety incidents at three selected public hospitals in Gauteng province, South Africa: Perspectives from nursing staff and quality assurance managers. *Curationis*, 49(1), Artículo a2801. <https://doi.org/10.4102/curationis.v49i1.2801>
- Setyowati, E., Putri, F. A., Handayani, W. y Kristianingrum, K. (2026). The effectiveness of patient safety in reducing patient safety incidents. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 8(3), 169–176. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v8i3.1188>
- Serrano-Berrones, M. A., Barragán-Padilla, S. B. y García-Avelino, M. T. (2024). Supervisión de las acciones esenciales de seguridad del paciente en las unidades médicas en una institución de salud. *Cirugía y Cirujanos*, 92(2), 236–241. <https://doi.org/10.24875/ciru.23000075>

- Siman, A. G., Cunha, S. G. y Brito, M. J. (2023). Cultura de seguridad del paciente en la práctica clínica de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3836.
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/bxQWtNNpTKTgGGw7yrnV6fm/?format=pdf&lang=es>
- Sociedad de Comercio Exterior del Perú (ComexPerú). (8 de septiembre de 2023). *El 94,5% de establecimientos de salud del primer nivel de atención pública presenta capacidad instalada inadecuada*. Semanario ComexPerú (1178).
<https://www.comexperu.org.pe/articulo/el-945-de-establecimientos-de-salud-del-primer-nivel-de-atencion-publica-presenta-capacidad-instalada-inadecuada>
- Suárez, V. M. y Gonzales, J. L. (2024). Cultura de seguridad del paciente en tres servicios de hospitalización de un hospital público en Perú. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 6(3), 195–203. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2024.6.3.543>
- Sullivan, G. M. y Artino, A. R. (2013). Analyzing and interpreting data from Likert-type scales. *Journal of Graduate Medical Education*, 5(4), 541–542.
<https://doi.org/10.4300/JGME-5-4-18>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2023, 18 de enero). *Más del 92% de atenciones brindadas en el 2022 se referían a casos en establecimientos de salud públicos*. Plataforma Digital Única del Estado Peruano.
<https://www.gob.pe/institucion/susalud/noticias/689545-susalud-mas-del-92-de-atenciones-brindadas-en-el-2022-se-referian-a-casos-en-establecimientos-de-salud-publicos>
- Supo, J. (2015). *Cómo empezar una investigación científica: Crónica de la formulación de un proyecto de investigación*. Bioestadístico.
- Vera, M. A. y Ramón, M. E. (2021). Calidad del servicio de atención, cumplimiento de protocolos y manejo de normas de bioseguridad en las unidades de cuidados intensivos. *Revista Publicando*, 8(29), 45–53.
<https://doi.org/10.51528/rp.vol8.id2170>

Vera, L. (2023). *Gestión de calidad en la atención a pacientes en el servicio de emergencia en el Hospital Delfina Torres de Concha Esmeraldas* [Tesis de posgrado, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE.

Zuleta, L., Silva, D. e Infante, A. (2024). Cultura de calidad y seguridad del paciente: una revisión narrativa. *Revista Gestión de las Personas y Tecnología*, 17(50), 66–87. <https://doi.org/10.35588/2qp8yt25>

V. ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA
FACULTAD DE CIENCIAS
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se me ha comunicado que el título de esta investigación es “Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en una institución de ESSALUD - Chimbote, 2025”. El propósito de este estudio es Evaluar el nivel de gestión de la calidad desde la seguridad de la atención al paciente en los usuarios del servicio de hospitalización de EsSalud Chimbote, 2025.

Esta investigación está siendo conducida por: la Lic. Enf. Ruth Marisol Cotos Alva con la asesoría de la Dra. Inés Concepción Rosas Guzmán de la Universidad Nacional del Santa. Sí accedo a participar en este estudio, contestando una encuesta, que tomará aproximadamente 15 minutos de mi tiempo.

Mi participación será voluntaria y la información que se recoja será estrictamente confidencial y no se podrá utilizar para ningún otro propósito que no esté contemplado en esta investigación. Si tuviera alguna duda con relación al desarrollo de la investigación, soy libre de formular las preguntas que considere pertinentes. Además, puedo finalizar mi participación en cualquier momento del estudio sin que esto represente algún perjuicio. Si sintiera incomodidad, frente a alguna de las preguntas, puede ponerlo en conocimiento de la persona a cargo de la investigación y abstenerse de responder. Gracias por su participación.

Yo, _____ doy mi consentimiento para dar inicio al proceso de recolección de datos. He recibido información en forma verbal sobre el estudio mencionado anteriormente y he comprendido la información y las explicaciones alcanzadas por el equipo investigador. He tenido la oportunidad de discutir sobre el estudio y hacer preguntas. Al firmar este consentimiento estoy de acuerdo con que se pueda iniciar el proceso de recolección de datos, así mismo, entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento e información del estudio y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo comunicarme con:

Nombre de la investigadora: Lic. Enf. Ruth Marisol Cotos Alva.

Institución: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SANTA.

Nombre del asesor: Dra. Inés Concepción Rosas Guzmán.

ANEXO 2

CUESTIONARIO

Gestión de la calidad con enfoque en la seguridad del paciente en una institución de ESSALUD - Chimbote, 2025

Buen día. Estamos realizando un estudio sobre la gestión de la calidad con enfoque en su seguridad durante su atención en este hospital. Su participación es voluntaria y anónima. Muchas gracias por su colaboración.

Datos Generales

Servicio: _____ Edad: ____ años Género: Masculino () Femenino ()

Marcar con una “X” la opción que el paciente indique.

DIMENSIONES	INDICADORES / PREGUNTAS	NIVELES				
		Nunca (1)	Casi Nunca (2)	A Veces (3)	Casi Siempre (4)	Siempre (5)
Estructura	Recursos físicos-tecnológicos					
	1. ¿Las instalaciones de su cuarto, cama, baño, espacio, se mantuvieron en buenas condiciones para su cuidado?					
	2. ¿Las personas que lo atendieron tenían a la mano los equipos médicos necesarios para revisarlo sin demoras?					
	3. ¿Contó a tiempo con los materiales básicos de higiene o cuidado dentro de su habitación?					
	Personal y organización					
	4. ¿Hubo suficiente personal en su área para recibir atención cada vez que lo necesitaba?					
	5. ¿El personal dispone del tiempo necesario para atenderlo sin mostrar exceso de trabajo?					
Proceso	6. ¿El trabajo del personal de salud se vio ordenado y sin confusiones durante los turnos?					
	Procesos administrativos seguros					
	7. ¿Le explicaron paso a paso los trámites de su hospitalización para evitarle confusiones?					
	8. ¿Recibió indicaciones exactas sobre lo que podía o no podía hacer, como levantarse o comer, para cuidarse?					
	9. ¿Verificaron su identidad, con su documento, accesorio o preguntando su nombre, antes de darle alguna atención?					
	Comunicación con el paciente					
	10. ¿Los médicos le explicaron con palabras sencillas cuál era el estado y desarrollo de su salud?					
	11. ¿Le respondieron sus dudas de una manera fácil de comprender para usted?					

	12. ¿Le explicaron claramente para qué servían los medicamentos o sueros que le estaban colocando?					
	Cumplimiento de protocolos seguros					
	13. ¿EL personal de salud usaba guantes o alcohol para mantener la higiene al momento de revisarlo, curarlo o darle sus medicinas?					
	14. ¿Se aseguraron de dejar las barandas de su cama levantadas para protegerlo de posibles caídas?					
	15. ¿Las enfermeras o técnicos de salud revisaban la información y cantidad de la medicina antes de dársela?					
Resultados percibidos de seguridad del paciente	Coordinación interprofesional					
	16. ¿Percibió que el personal de salud que lo atendía trabajaba como un solo equipo para ayudarlo?					
	17. ¿Las indicaciones de un turno coincidían con las que le daba el personal del siguiente turno?					
	18. ¿Al cambiar de personal en la mañana o noche, los nuevos sabían los detalles de su salud?					
	Confianza y sensación de seguridad					
	19. ¿Tuvo la seguridad de que quienes lo atendían conocían exactamente qué hacer con su caso?					
	20. ¿Percibió que el hospital era un lugar seguro que evitaba cualquier descuido o error en su tratamiento?					
	21. ¿Durante su permanencia le dio tranquilidad saber que siempre el personal ha vigilado su salud?					
	Manejo de incidentes y aprendizaje					
	22. ¿Cree que el personal estaba bien preparado para resolver cualquier problema inesperado con su salud?					
	23. ¿Recibió una atención rápida cada vez que usted solicitó ayuda por un malestar?					
	24. ¿Considera que los cuidados recibidos ayudaron a evitar complicaciones no relacionadas con su enfermedad?					

ANEXO 3

Baremos de interpretación por indicadores (8) en la Gestión de la calidad con enfoque de seguridad.

Nivel	Rango de Puntaje	Interpretación Final
Deficiente	3 - 7	El cumplimiento del indicador es nulo o crítico; representa un riesgo alto.
Regular	8 - 11	El indicador se cumple parcialmente; existen brechas de seguridad evidentes.
Eficiente	12 - 15	El indicador cumple con los estándares; es una fortaleza de la gestión.

ANEXO 4

Baremos de interpretación para la dimensión Estructura en la Gestión de la calidad con enfoque de seguridad.

Nivel	Rango de Puntaje	Interpretación Final
Deficiente	6 - 14	Las condiciones básicas, recursos y personal, son insuficientes para la seguridad.
Regular	15 - 22	Los recursos y la organización son aceptables, pero presentan fallas operativas.
Eficiente	23 - 30	La estructura hospitalaria es sólida y facilita una atención segura al paciente.

ANEXO 5

Baremos de interpretación para las dimensiones Proceso y de Resultados percibidos de seguridad del paciente en la Gestión de la calidad con enfoque de seguridad.

Nivel	Rango de Puntaje	Interpretación Final
Deficiente	9 - 21	Los procesos/resultados son inseguros; no hay adherencia a protocolos.
Regular	22 - 33	Los procesos/resultados son inestables; hay confianza limitada del paciente.
Eficiente	34 - 45	Los procesos/resultados son óptimos; existe alta seguridad y satisfacción.

ANEXO 6

Baremos de interpretación total en la Gestión de la calidad con enfoque de seguridad.

Nivel	Rango de Puntaje	Interpretación Final
Deficiente	24 - 56	La gestión de la seguridad es crítica. Requiere reestructuración inmediata.
Regular	57 - 88	La gestión es aceptable pero vulnerable. Existen riesgos latentes de error.
Eficiente	89 - 120	La gestión es exitosa. Se garantiza un entorno de cuidado seguro y profesional.