



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Asociación del entorno de la práctica de enfermería
con la cultura de seguridad del paciente en enfermeras
que laboran en áreas críticas, 2020**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Magíster en Docencia e
Investigación en Salud

AUTOR

Nataly Julissa MEMBRILLO PILLPE

ASESOR

Mg. Jhon Alex ZELADITA HUAMAN

Lima, Perú

2024



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Membrillo N. Asociación del entorno de la práctica de enfermería con la cultura de seguridad del paciente en enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020 [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2024.

Metadatos complementarios

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Nataly Julissa Membrillo Pillpe
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	45006645
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-3445-8477
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Jhon Alex Zeladita Huaman
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40635267
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-5419-5793
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Edna Ramirez Miranda
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09398149
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Juana Matilde Cuba Sancho
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06756074
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Teresa Catalina Surca Rojas
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	08381784
Datos de investigación	

Línea de investigación	B.1.2.2. Gestión en establecimientos y servicios de Salud
Grupo de investigación	NO APLICA
Agencia de financiamiento	AUTOFINANCIADO
Ubicación geográfica de la investigación	Longitud: 077°1'41.66" Latitud: S12°2'35.45". 27
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2020
URL de disciplinas OCDE	Enfermería https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03 Ciencias del cuidado de la salud y servicios https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.01



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América



FACULTAD DE MEDICINA

Vicedecanato de Investigación y Posgrado

Sección Maestría

ACTA DE GRADO DE MAGÍSTER

En la ciudad de Lima, a los 05 días del mes de junio del año dos mil veinticuatro siendo las 13:00 horas, bajo la presidencia de la Dra. Edna Ramirez Miranda con la asistencia de los Profesores: Dra. Juana Matilde Cuba Sancho (Miembro), Dra. Teresa Catalina Surca Rojas (Miembro) y el Mg. Jhon Alex Zeladita Huaman (Asesor); la postulante al Grado de Magíster en Docencia e Investigación en Salud, Bachiller en Enfermería, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su tesis Titulada: **"ASOCIACIÓN DEL ENTORNO DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA CON LA CULTURA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ENFERMERAS QUE LABORAN EN ÁREAS CRÍTICAS, 2020"** con el fin de optar el Grado Académico de Magíster en Docencia e Investigación en Salud. Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, habiendo obtenido la siguiente calificación **C BUENO (16)**. A continuación, la Presidenta del Jurado recomienda a la Facultad de Medicina se le otorgue el Grado Académico de **MAGÍSTER EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN SALUD**, a la postulante **NATALY JULISSA MEMBRILLO PILLPE**.

Se extiende la presente Acta en dos originales y siendo las 14:03 horas se da por concluido el acto académico de sustentación.

Dra. Juana Matilde Cuba Sancho
Profesor Asociado
Miembro

Dra. Teresa Catalina Surca Rojas
Profesor Principal
Miembro

Mg. Jhon Alex Zeladita Huaman
Profesor Principal
Asesor

Dra. Edna Ramirez Miranda
Profesor Principal
Presidenta



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Vicerrectorado de Investigación y Posgrado



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **JHON ALEX ZELADITA HUAMÁN** en mi condición de asesor acreditado con el **Dictamen N° 045-DAT-SM-UPG-FM-2020**, de la tesis cuyo título es: **“Asociación del entorno de la práctica de enfermería con la cultura de seguridad del paciente en enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020”**, presentado por la egresada **NATALY JULISSA MEMBRILLO PILLPE** para optar el **GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN SALUD**, **CERTIFICO** que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **14%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**.

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado correspondiente.

Firma del Asesor

DNI: 40635267

Nombres y apellidos: **JHON ALEX ZELADITA HUAMÁN**



DEDICATORIA

A mi amada hija Luanna Valeria, por ser mi mayor motivación para culminar con este proceso y alcanzar esta meta que por momentos se veía muy lejana.

AGRADECIMIENTO

A Dios, a mi familia y amigas por estar presentes.

A mi asesor Mg. Jhon Zeladita, por su constante apoyo y conocimientos tan oportunos para el desarrollo de esta investigación.

A todos mis colegas, por su disposición y tiempo de participar en esta investigación.

ÍNDICE GENERAL

Pág.

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE GENERAL	iv
LISTA DE TABLAS	vi
LISTA DE GRÁFICOS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT.....	ix
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN	1
1.1. Situación Problemática	1
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Justificación	5
1.3.1. Justificación teórica	5
1.3.2. Justificación práctica	6
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO	8
2.1. Marco Filosófico	8
2.2. Antecedentes de investigación	9
2.2.1 Antecedentes Internacionales	9
2.2.2. Antecedentes Nacionales	15
2.3. Bases Teóricas	17
2.3.1 Entorno de la Practica de Enfermería	17
2.3.1.1 Participación de la enfermera en asuntos del hospital	18
2.3.1.2 Capacidad, Liderazgo y Apoyo a las Enfermeras por parte de las enfermeras gestoras	22
2.3.1.3 Fundamentos de Enfermería para la Calidad del Cuidado	23
2.3.1.4 Gestión de Recursos Humanos en Enfermería	26
2.3.1.5 Relación Médicos-Enfermeras	27
2.3.2 Cultura de Seguridad del Paciente	29
2.3.2.1 Trabajo en Equipo	29
2.3.2.2 Comunicación sobre Errores	30
2.3.2.3 Respuesta frente a los Errores	31
2.3.2.4 Reporte de Eventos relacionados con la de Seguridad del Paciente	32
2.3.2.5 Apertura de la Comunicación	33

2.3.2.6 Transferencias e Intercambio de Información	34
2.3.2.7 Aprendizaje Organizacional y mejora continua	35
2.3.2.8 Dotación de Personal y Ritmo de Trabajo	36
2.3.2.9 Apoyo de los Jefes Inmediatos y la Administración del Hospital para la Seguridad del Paciente	36
2.3.3 Teoría del Error Humano	37
2.3.4 Teoría del Entorno	38
2.3.5 El Modelo de Donabidean	39
2.3.6 Rol de la Enfermera en la Seguridad del Paciente	40
2.3.7 Áreas Críticas	41
2.4. Marco Conceptual o Glosario	42
CAPITULO 3: METODOLOGÍA	44
3.1. Tipo y diseño de investigación	44
3.2. Unidad de análisis	44
3.3. Población de estudio	45
3.4. Tamaño de la muestra	45
3.5. Selección de la muestra	45
3.5.1. Criterios de inclusión	45
3.5.2. Criterios de exclusión	46
3.6. Técnicas e instrumento de recolección	46
3.6.1. Técnica de recolección de datos	46
3.6.2. Instrumento de recolección de datos	46
3.7. Análisis e interpretación de recolección de la información	48
3.7.1. Aspectos éticos	49
3.7.2. Conflicto de interés	49
CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION	50
4.1. Resultados del estudio	50
4.1.1. Características de la muestra	50
4.1.2. Datos del estudio	50
4.2. Prueba de hipótesis	51
4.3. Análisis y discusión	57
CONCLUSIONES	64
RECOMENDACIONES	65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	66
ANEXOS	77

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Análisis de asociación entre EPE y CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020	51
Tabla 2. Análisis de asociación entre la participación de la enfermera en asuntos del hospital y la CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020.....	53
Tabla 3. Análisis de asociación entre los fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado y la CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana, 2020	54
Tabla 4. Análisis de asociación entre la capacidad, liderazgo y apoyo de las enfermeras gestoras y la CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020	55
Tabla 5. Análisis de asociación entre la dotación de personal y adecuación de recursos y la CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020	56
Tabla 6. Análisis de asociación entre la relación médico-enfermera y la CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020.....	57

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Entorno de la Práctica de Enfermería de las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020.....	49
Gráfico 2. Cultura de Seguridad del Paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020.....	50
Gráfico 3. Asociación entre EPE y CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020	51

RESUMEN

Introducción: el incremento de la complejidad en los sistemas de salud, los nuevos desafíos que enfrentan y el entorno de la práctica clínica de los profesionales de la salud ponen en evidencia la necesidad de contar con entornos laborales saludables. **Objetivo:** determinar la asociación entre el Entorno de la Práctica de Enfermería (EPE) con la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP) en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020 **Método:** es un estudio cuantitativo, no experimental, correlacional y transversal, con una muestra de 85 enfermeras que laboran en áreas críticas, los datos fueron recolectados durante la segunda ola pandémica de COVID-19. Se utilizaron dos instrumentos: para medir EPE se utilizó el Nursing Practice Scale-Nursing Work Index (PES – NWI) y en relación con CSP el Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC); asimismo se realizó la recolección de factores demográficos. **Resultados:** se determinó que existe una asociación estadísticamente significativa entre EPE y la CSP (P valor = $< 0,001$). Con relación a EPE, se reportó como favorable (42%) y la dimensión con un alto porcentaje desfavorable fue la dotación de personal (71%). La CSP se determinó como neutral (56%), asimismo, la mayoría de sus dimensiones consideran como oportunidades de mejora. **Conclusión:** el EPE y sus dimensiones se encuentran asociados con la CSP. Por consiguiente, contar con mejores entornos de trabajo para las enfermeras podría generar una cultura de seguridad más positiva y grados de seguridad más altos para los pacientes. Para ello, se requiere capacitación continua y establecer objetivos organizacionales claros.

Palabras clave: enfermería, entorno de la práctica, cultura de seguridad del paciente.

ABSTRACT

Introduction: the increase in complexity in health systems, the new challenges they face, and the clinical practice environment of health professionals highlight the need for healthy working environments. **Aim:** determine the association between the Nursing Practice Environment (NPE) with the Patient Safety Culture (PSC) in nurses who work in critical areas of health institutions in Metropolitan Lima in 2020. **Method:** a quantitative, non-experimental, correlational, and cross-sectional study, with a sample of 85 patients who work in critical areas, data was collected during the second wave of the COVID-19 pandemic. Two instruments were used: to measure the NPE, the Nursing Practice Scale-Nursing Work Index (PES – NWI) was used, and to measure the PSC, the Hospital Survey on Patient Safety Culture was used (HSOPSC), demographic factors were also collected. **Results:** A statistically significant association was determined between NPE and PSC (P value = < 0.001). Regarding the NPE, it was reported as favorable (42%) and the dimension with a high unfavorable percentage was staffing (71%). The PSC was determined as neutral (56%), likewise, most of its dimensions are considered opportunities for improvement. **Conclusion:** NPE and its dimensions are associated with the PSC. Therefore, better working environments for nurses could lead to a more positive safety culture and higher levels of patient safety. To achieve this, continuous training and establishing clear organizational objectives are required.

Keywords: nursing, practice environment, patient safety culture.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1.1 Situación Problemática:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), la seguridad del paciente se conceptualiza como “la ausencia de daños prevenibles en los pacientes y la disminución del riesgo de causarles innecesariamente daños en el proceso de atención”. Del mismo modo, la cultura de seguridad del paciente (CSP) es el grado en que la cultura de una organización apoya y promueve la seguridad del paciente. Se define como los valores, creencias y normas que comparten los profesionales de la salud y todo el personal de un establecimiento de salud que influyen en sus acciones y comportamientos. Es importante resaltar que la cultura es un proceso transversal, que existe desde el nivel de unidad o servicio hasta el nivel de departamento, organización y sistema (AHRQ, 2022). La ausencia de una cultura de seguridad es consecuencia del escaso apoyo que reciben los enfermeros por parte de sus jefes inmediatos, los errores ocurridos que no son corregidos y que a nivel hospital el trabajo en equipo entre unidades y turnos es endeble (Tello-García, M. et. al., 2023).

El entorno de cuidados críticos presenta una serie de desafíos relacionados con la complejidad y la intensidad de la atención, la toma de decisiones de alto riesgo en pacientes clínicamente inestables, la estancia hospitalaria, lo que se relaciona con la seguridad del paciente que emerge como un pilar fundamental para la calidad asistencial (Arteaga, G. et al., 2022). Las enfermeras asumen el reto al integrar procedimientos y prestar la atención necesaria a los pacientes que se encuentran hospitalizados en áreas críticas (Almenyan, A. et al., 2021). La sobrecarga laboral es el factor que desencadena estrés y a su vez afecta el cuidado que se brinda, sobre todo en unidades críticas por alta complejidad (Molina-Chailán, P. et al., 2019). Sin embargo, diversos estudios señalan que la incidencia de eventos adversos (EA) en estas áreas sigue siendo una gran preocupación, lo que sugiere que la CSP podría no estar plenamente integrada en estas prácticas (Molina, F. et al., 2018; Arteaga, G. et al., 2022).

En el cuidado del paciente, se involucran diversos profesionales con el objetivo de favorecer su recuperación; sin embargo, pueden ocurrir daños o EAs como resultado de

la práctica profesional multidisciplinar y la complejidad propia del sistema de salud (Huber, D., 2019). Esta problemática se ve agravada puesto que la CSP, además de factores como la carga laboral, el apoyo organizacional, la comunicación entre equipos, el entorno, la dotación de personal, el ocultar errores ocurridos por temor a la sanción y el acceso a recursos; varía significativamente entre instituciones y puede influir directamente en la capacidad del personal de enfermería para proporcionar cuidados seguros (Busse, R. et al., 2019). Se obtiene como resultado una CSP más positiva y grados de seguridad más altos si los entornos de trabajo para las enfermeras son favorables (Lake, E. et al., 2019).

A nivel mundial, se estima que 2,6 millones de muertes anuales son resultado de 134 millones de EA asociados a una atención poco segura en hospitales de países con ingresos bajos y medios. Al presente, países desarrollados como Estados Unidos, Canadá y algunos de Europa reportan que 1 de cada 10 pacientes resulta afectado durante su periodo de hospitalización (WHO, 2019). Solo en Estados Unidos, se estima que la cuarta causa de muerte, son las lesiones involuntarias (CDC, 2021). En Latinoamérica, la prevalencia de EA es del 5,6 % en la asistencia ambulatoria (Montserrat-Capella, D., 2017), la posibilidad de que los pacientes presenten algún tipo de lesión es alta en comparación a los países industrializados (Araujo-Rosero, O. et al., 2021).

En el ámbito prestacional, es frecuente que pacientes de hospitales públicos deban viajar a otro departamento, habitualmente a la ciudad de Lima, para ser atendidos. En Perú, el 12% de los pacientes hospitalizados sufren algún EA relacionado con la asistencia sanitaria, de los cuales el 59% son considerados evitables (Montserrat-Capella, D., 2017). Asimismo, el número inadecuado de enfermeras genera EA, resultados deficientes, experiencias desagradables para los pacientes y la muerte (SPSC & ICN, 2019). Por tanto, crea entornos laborales perjudiciales, cargas de trabajo insostenibles y produce un impacto negativo en la salud y la satisfacción de las enfermeras (Ball, J. E., & Griffiths, P., 2022).

Las enfermeras, constituyen casi el 50% de la fuerza laboral en salud a nivel mundial (WHO, 2020). En la región de las Américas, el 87% de enfermeras se concentra principalmente en Estados Unidos, Canadá y Brasil (OPS, 2021); constituyendo una distribución heterogénea y evidenciando un ejercicio profesional poco seguro por la escasez de enfermeras (Cassiani, S. et al., 2020). En Perú, la situación de los establecimientos de salud, sobre todo públicos, es crítica; *“casi el total cuentan con recursos inadecuadamente implementados, están desarticulados y no se aprovechan las sinergias para un trabajo en red”* (COMEXPERU, 2022). Asimismo, solo el 63% de las enfermeras están activas en la profesión, percibiendo climas laborales medios o regulares y condiciones desfavorables para el ejercicio profesional (Santillán, R. & Muñoz, S., 2020). Y, reportan un grado de seguridad del paciente bajo, exponiendo brechas existentes entre el sector público y privado de salud. (Arrieta et al., 2019)

El entorno de la práctica de enfermería (EPE) es saludable solo si es seguro, empodera, es satisfactorio, respalda la salud y la seguridad del paciente (ANA, 2021). Y, se considera adecuado cuando los enfermeros tienen autonomía, control sobre el EPE y buenas relaciones con el equipo de salud (Neves, T. et al, 2018). Hospitales con mejores entornos laborales para enfermería se asocian a mejores resultados para los pacientes (Mihdawi, M. et al., 2020). Por otra parte, se reporta la necesidad de que el EPE sea seguro tanto para los pacientes y el personal (Fuseini, A. et al., 2023; Tlili, M. et al., 2022). Además, en áreas críticas, el EPE se identifica como predictor de la seguridad del paciente, siendo fundamental implementar una CSP para garantizar cuidados de calidad (AL Ma'mari, Q. et al., 2020).

Por otro lado, se ha estudiado ampliamente la relación del EPE y la seguridad del paciente (AHRQ (2022); Paredes, O. (2021); Aranaz, J. et al. (2017), pero existe un vacío de conocimiento sobre la asociación EPE y la CSP pues son pocos los estudios que los analizan; esto evidencia la necesidad de realizar mayor investigación sobre ambas variables especialmente en áreas críticas. Los pacientes tienen mejores resultados cuando las enfermeras experimentan un ambiente de trabajo bueno y saludable (Luengo-Martínez, C. et al., 2021) y esto se asocia a la CSP pues permite identificar fortalezas y

debilidades de los establecimientos de salud además de ser un indicador de calidad al momento de brindar cuidado (AHRQ, 2022).

Además, la declaratoria de COVID-19 como pandemia mundial, forzó un cambio drástico en el trabajo de los profesionales de la salud y en la dinámica de interacción interdisciplinaria existente en los establecimientos de salud (WHO, 2022). Esta enfermedad colapsó los sistemas de salud e incremento la demanda de atención médica especializada de las personas infectadas. El personal de salud afrontó esta situación adversa al garantizar una atención oportuna y lograr prevenir nuevos contagios (CDC, 2022). Esta situación trajo consigo, una alta rotación de personal debido a la mayor necesidad de servicio, y excesivas horas de trabajo que influyeron en la función laboral del personal de salud y su capacidad de brindar cuidados a nivel asistencial (Wauters, M. et. al 2023). Los hospitales y clínicas locales superaron su capacidad de atención, de acuerdo con Kokudo, N., & Sugiyama, H. (2021), las áreas del hospital que en principio excedieron su capacidad de atención durante la pandemia de COVID-19 fueron principalmente la Unidad de Cuidados Intensivos y la Emergencia. Lo que expuso al personal de salud a un entorno laboral con mayor sobrecarga de trabajo y puso en riesgo la seguridad de los pacientes.

Los testimonios de enfermeras, en Lima, durante la segunda ola pandémica, refieren: “la pandemia nos cargó de mas trabajo y mayor cansancio”, “las actitudes de los compañeros no reflejan su compromiso con la cultura de seguridad”, “enfermeros nuevos y la escasez enfermeros es un gran riesgo” y “los entornos laborales que sancionan no permiten reportar EA por temor”; asimismo refieren que “las áreas críticas fueron las más sobrecargadas de trabajo durante la pandemia”, “la 1era y 2da ola pandémica fueron un gran desafío para los que trabajamos en UCI y Emergencia” y también indican que “*él siempre lo hemos hecho así*, limita la implementación de una cultura de seguridad”.

Ante esta problemática, la presente investigación propone determinar la asociación del Entorno de la Práctica de Enfermería con la Cultura de Seguridad del Paciente en enfermeras que laboran en áreas críticas. Se busca llenar un vacío de conocimiento

respecto a cómo el Entorno de la Práctica de Enfermería influye en la Cultura de Seguridad del Paciente en el contexto peruano, particularmente durante y después de los desafíos impuestos por la pandemia de COVID-19. Esta investigación es crucial para identificar intervenciones dirigidas a mejorar la CSP y, por ende, la seguridad y calidad de la atención al paciente en entornos críticos.

1.2 Formulación del Problema:

¿Cuál es la asociación entre el entorno de la práctica de enfermería y la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima Metropolitana en el año 2020?

1.3 Justificación:

1. Teórica:

En el Perú, se ha reportado que el grado de seguridad del paciente es bajo y presenta brechas considerables entre los sectores de salud público y privado (Arrieta et al., 2019). Lo cual deja en evidencia que los errores se ocultan por temor al entorno punitivo en el que se trabaja, asimismo, exhibe que en muchos casos la CSP es más reactiva que preventiva frente un evento adverso, también, la práctica profesional del personal de salud es más individualista que en equipo y el enfoque de la atención no está centrado en el paciente (Aranaz, J. et al, 2017), no obstante, se intenta justificar daños o eventos adversos que se pueden producir durante la atención en salud cuando el paciente es reducido al estatus moral de un objeto (Sitzman, k. & Watson, J., 2018).

Evitar y reducir riesgos durante la atención de salud demanda brindar mayor atención a tres aspectos: el paciente, el personal de la salud y el entorno asistencial. El vínculo entre el paciente y los profesionales, mejora a través de la formación continua en conocimientos, actitudes y habilidades por parte del personal de salud. Asimismo, el entorno debe diseñarse con criterios de seguridad y facilidad para su manejo (Aranaz, J. et al, 2017). Por tanto, los resultados obtenidos en este estudio proporcionaran evidencia que permitirá conocer mejor el entorno de la práctica de enfermería y como esta puede influenciar de forma positiva o negativa en la cultura de seguridad del

paciente, asimismo, contribuye con generar mayor conocimiento en relación con ambas variables.

2. Práctica:

La CSP en la práctica clínica es un indicador de calidad, asociada a diversos factores que conforman un entorno laboral saludable, tales como: capacidad de planificación, nivel de conocimiento del personal de salud, gestión de recursos humanos y del entorno en que los pacientes son atendidos y en el cual los profesionales de salud laboran (Ayuso-Murillo, D. et al., 2018). Las características de un ejercicio profesional seguro son percibidas por todos aquellos que trabajan en un mismo espacio. Este trasciende en el desempeño laboral y es una variable influyente que interviene entre los aspectos del sistema organizacional y el comportamiento individual. Dicho comportamiento tiene visiblemente una gran diversidad de resultados para la organización como: productividad, satisfacción, rotación, adaptación, entre otros (Segredo-Pérez, A. et al., 2017).

Enfermería, por las particulares características de su ejercicio profesional, se sitúa en primera línea respecto a la seguridad del paciente. La educación es imprescindible, pero se necesita del compromiso y adopción de responsabilidades básicas para la implementación definitiva de dicha cultura en este grupo profesional. Se debe reconocer que urge una cultura de seguridad y un sentido de cooperación entre las instituciones de salud para intercambiar y aprender de las iniciativas derivadas de la investigación, y así enriquecer la seguridad de los pacientes (Ruiz, A. & Salgado, J., 2015). Es por esta razón, la importancia de estudiar la asociación del EPE con la CSP y a través de los resultados, identificar las fortalezas y debilidades de la CSP a partir de ello se pueden implementar procesos de mejora en la cultura de seguridad en la práctica de los profesionales de la salud que laboran en áreas críticas.

1.4 Objetivos:

1. Objetivo General:

Determinar la asociación entre el entorno de la práctica de enfermería con la cultura de seguridad del paciente en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima Metropolitana en el año 2020.

2. Objetivos Específicos:

- Identificar la asociación de la participación de la enfermera en asuntos del hospital con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima Metropolitana en el año 2020.
- Identificar la asociación de los fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima Metropolitana en el año 2020.
- Identificar la asociación de la capacidad, liderazgo y apoyo de las enfermeras gestoras con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima Metropolitana en el año 2020.
- Identificar la asociación de la dotación de personal y adecuación de recursos con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima Metropolitana en el año 2020.
- Identificar la asociación de la relación médico-enfermera con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima Metropolitana en el año 2020.

CAPITULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Filosófico

La enfermera es por naturaleza la encargada de gestionar riesgos y favorecer una atención segura. Por consiguiente, se relaciona estrechamente con los fundamentos de la seguridad del paciente, pues a través de estos es que se logra medir las acciones de los enfermeros, se proponen intervenciones estandarizadas para mejorar los resultados y se visibiliza la labor de enfermería (Almeida, Í. et al, 2022).

La teoría fundamentada (Grounded Theory), es una herramienta de investigación que conceptualiza patrones y estructuras sociales a través del proceso de comparación constante. Ampliamente aplicada por enfermería, en el análisis cualitativo de estudios que exploran las percepciones, comprensiones e interacciones de los profesionales de enfermería con conceptos relacionados la seguridad del paciente y la calidad de la atención (Morales, D., 2015).

La teoría cognitiva social, es congruente con los principios de formación por simulación y el concepto de autoeficacia; un método de aprendizaje activo que influye en la forma de brindar cuidado, desempeño de las prácticas de seguridad del paciente y el comportamiento de los estudiantes de enfermería (Konicki, T., & Miller, E., 2016).

La Teoría del Error Humano es extensamente utilizada por las enfermeras, los fundamentos de James Reason poseen gran protagonismo en los estudios de seguridad del paciente, al comprender que las personas cometen errores por cuestiones que involucran fallas sistémicas es una de las principales bases de su enfoque teórico. Por tanto, resulta ineficaz reconocer errores específicos y sus consecuencias sin realizar análisis en profundidad de cómo las condiciones de trabajo han influido en su aparición (Reason, J., 1990).

La Teoría del Entorno (F. Nightingale, 1860), plantea que la enfermera debe utilizar el entorno del paciente para facilitar su recuperación. El cuidado debe centrarse en el paciente, donde rol de la enfermera es transformar el entorno para crear gradualmente

condiciones óptimas para que el paciente se cure a sí mismo y favorezca al proceso de sanación. Lo que convierte al entorno en un factor importante, pues influye en la salud de forma positiva o negativa (Riegel, F. et al., 2021).

Es elemental contar con entornos favorables para el cuidado y como a la práctica de enfermería contemporánea. Los postulados de Nightingale se transcriben a la actualidad como el cuidado holístico del paciente, planificación y gestión hospitalaria, planes de cuidado, buenas prácticas sanitarias, trabajo colaborativo interdisciplinario, investigación, liderazgo, roles de gestión, etc.; y se asocia con el control de infecciones, seguridad del paciente, técnicas asépticas, entre otros (Gilbert, H. A., 2020).

Por su parte, la Asociación Americana de Enfermería (ANA, 2021), describe que la enfermería es una profesión aprendida y construida sobre un cuerpo central de conocimiento que refleja múltiples formas de conocimiento, integrando tanto el arte como la ciencia. Promueve la salud, el bienestar, la comodidad, la dignidad y la humanidad a todo nivel y para toda la población. Promueven el cuidado integral para lograr resultados de salud óptimos a lo largo de la vida y durante el proceso salud-enfermedad. El enfoque de enfermera - paciente se ve reforzado por la colaboración interprofesional, el intercambio de conocimientos, el descubrimiento científico, los enfoques integradores de cuidado y la justicia social con acceso a una atención de salud equitativa y de calidad. Los enfermeros aplican continuamente la creatividad, el pensamiento crítico y el juicio clínico para crear nuevos métodos para evaluar la calidad, la seguridad y la eficacia de la práctica de enfermería.

2.2 Antecedentes de investigación

2.2.1 Antecedentes Internacionales

Tello-García, María et al. (2023). México, ejecutaron el estudio “Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente”. Elaboraron un estudio descriptivo correlacional, en el cual participaron 158 profesionales de enfermería. El instrumento utilizado fue el HSOPSC. Los resultados demuestran la percepción de las enfermeras, pues para ellas la CSP

en la mayoría de las dimensiones no representa una fortaleza: expectativas y acciones de la dirección (60.8%), aprendizaje organizacional (68.1%), feedback y comunicación sobre errores (58.9%) y únicamente el trabajo en equipo se reporta como fortaleza (76.3%). Asimismo, se reportan dimensiones con baja puntuación: franqueza en la comunicación (42.4%), apoyo a la gerencia (42.7%), dotación de personal (37.8 %) y la respuesta no punitiva a los errores (35.9%). Conclusión:

“Es importante recordar que la acción gerencial debe fomentar y motivar de forma continua al personal asistencial mediante acciones que favorecen a la seguridad del paciente. Se deben priorizar, los modelos de gestión de calidad en salud con una cultura que favorece a la implementación de un cambio organizacional. El personal de enfermería es el que permanece más tiempo en el cuidado del paciente, por lo que, pueden percibir cuando ocurren EA que tiene que ver con el cuidado brindado y el cumplimiento de prácticas seguras. Por lo tanto, el conocimiento sobre la cultura de seguridad del paciente y la calidad mediante la cual se proporcionan los cuidados es fundamental”.

Fuseini, A. et al. (2023). Portugal, realizaron un estudio para evaluar la “Cultura de seguridad del paciente entre enfermeras de emergencias y cuidados críticos en un departamento materno-infantil”. Se trata de un estudio exploratorio, transversal, con enfoque cuantitativo y muestreo no probabilístico, en el que participaron 84 enfermeras de áreas críticas. El instrumento empleado fue el HSOPSC. Resultados: Aplicando las directrices de la AHRQ, sólo el trabajo en equipo dentro de las unidades obtuvo una puntuación superior al 75%. El puntaje porcentual promedio general en las demás dimensiones se reporta por debajo del punto de referencia de la AHRQ. Conclusión:

“Los resultados indican que la cultura de seguridad del paciente no se considera una prioridad. Por tanto, se deben implementar medidas de gestión de prácticas con relación a la cultura de seguridad que se

centren en la seguridad del paciente y proporcionen un entorno seguro para que el personal y los pacientes”.

Tlili, M. et al. (2022). Túnez, elaboraron un estudio sobre “la evaluación de la cultura de seguridad del paciente en 15 unidades de cuidados intensivos: un estudio de métodos mixtos”. Estudio con enfoque transversal de métodos mixtos utilizando un diseño explicativo secuencial, en el cual participaron 284 profesionales de la salud. El instrumento utilizado fue el HSOPSC. Sobre los resultados: todas las dimensiones de la CSP obtuvieron una puntuación inferior al 50%, por tanto, deben mejorarse. Las dimensiones menos desarrolladas fueron 'frecuencia de notificación de eventos' (20,8%), “apertura de la comunicación” (22,2%) y “respuesta no punitiva al error” (19,7%). El análisis temático de las entrevistas reveló cuatro temas principales, que incluyen "Gestión hospitalaria/fallo del sistema", "Trabajo en equipo y comunicación", "Gestión de errores" y "Condiciones de trabajo". Conclusión:

“Por tanto, mejorar la CSP de todos los profesionales de la salud debe ser una prioridad y un eje estratégico en el que debe centrarse mediante la implementación de enfoques consistentes que insistan en construir un entorno libre de culpas, trabajo en equipo y notificación de incidentes junto con un sistema de aprendizaje continuo”.

Paredes, OM. (2021). Argentina, realizó un estudio titulado “Seguridad del paciente y entorno de práctica de enfermería basada en la evidencia institución pública de la provincia Chubut”. Fue un estudio transversal, en el cual participaron 72 profesionales de enfermería que laboran en un hospital público, se emplearon dos escalas la PES-NWI y el HSOPSC. En los resultados se determinó una correlación significativa entre las dimensiones del HSOPSC y EPE. Los participantes reportaron un bajo nivel de respuesta positivas con relación a la CSP, en donde predominaban dimensiones como oportunidad de mejora. La mayoría de las dimensiones del HSOPSC obtuvieron porcentajes inferiores al 50%. La conclusión fue:

“La CSP se encuentra en indicadores medios, en este sentido resulta necesario realizar acciones de mejoras sobre abordajes sistemáticos de errores, en equipos profesionales y en administración, que son prioritarios para fortalecer la seguridad del paciente en el hospital”.

Yanarico, D., Balsanelli, A., Gasparino, R., & Bohomol, E. (2020). Brasil, ejecutaron el estudio que lleva como título “Clasificación y evaluación del entorno de la práctica profesional de los enfermeros en hospital universitario”. Fue de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal; en el cual participaron 188 enfermeros de un hospital. La recolección de datos se realizó recabando información sociodemográfica-profesional, asimismo se utilizó la PES-NWI, en su versión validada para Brasil. Para evaluar las subescalas del PES-NWI, se debe calcular el promedio de la suma de las respuestas de los participantes, por tanto, valores mayores a 2,5 hacen referencia a un entorno saludable. Resultados: el puntaje promedio obtenido fue de 2,54, a comparación con otros estudios este resultado fue más bajo. Del mismo modo, se reportaron dos subescalas desfavorables para la práctica: subescala 1 “Participación de enfermeros en la discusión de los asuntos del hospital” (2,37) y subescala 4 “Dotación de personal y los recursos” (2,23). Se concluye:

“El entorno de práctica de las enfermeras se clasificó como mixto, y se evaluó, habiéndose considerado que se daban condiciones favorables para la práctica de la enfermería, sin embargo, la participación y el involucramiento de los enfermeros en asuntos hospitalarios y la dotación recursos para brindar cuidados de calidad requieren mejoras. Se sugiere mayor atención al liderazgo de enfermería, ya que un entorno de trabajo mixto puede resultar en mejores o peores condiciones de trabajo”.

Hayashi, R. et al. (2020). Japón, realizaron un estudio para determinar la “relación de la cultura de seguridad del paciente con factores que influyen en el entorno de trabajo, como las horas de trabajo, el número de turnos de noche y

el número de días libres de los trabajadores de salud en Japón”. Metodología: la primera encuesta se realizó en hospitales de Japón para investigar su sistema de gestión de SP, sus actividades y la intención de participar en la siguiente encuesta. La segunda encuesta se realizó en 40 hospitales; de cada hospital respondieron 100 trabajadores de la salud la versión japonesa del HSOPSC. Se analizó la relación de la CSP con la jornada laboral en una semana, los turnos nocturnos y el número de días de descanso en un mes en ambos casos. Resultados: las puntuaciones compuestas de la CSP tendieron a disminuir a medida que aumentaban la jornada laboral y la cantidad de turnos nocturnos o disminuía los días de descanso. Las jornadas de trabajo interminables, demasiados turnos nocturnos y los pocos días de descanso se asociaron con una CSP baja. Se concluyo:

“A pesar de ajustar el horario laboral, el número de reportes de eventos aumentó con un incremento en el número de turnos nocturnos. Un gran número de turnos nocturnos puede dar lugar a un gran número de reporte de eventos. Las horas de trabajo, el número de turnos nocturnos y el número de días libres pueden influir de manera diferente en la cultura de seguridad del paciente en médicos y enfermeras”.

AL Ma'mari, Q. et al (2020). Omán, realizaron un estudio para explorar si “la fatiga, la carga laboral, el agotamiento y el entorno laboral pueden predecir las percepciones de la cultura de seguridad del paciente entre las enfermeras de áreas críticas”. Desarrollaron un estudio predictivo transversal, en el cual participaron 270 enfermeras de cuidados críticos de los dos principales hospitales de la capital del país. Este estudio utilizó tres instrumentos: el HSOPSC, la encuesta Malash y la PES-NWI. Los resultados mostraron una correlación negativa entre la fatiga y la CSP ($r = -0,240$), lo que demuestra que la fatiga tiene un impacto dañino sobre las percepciones de seguridad de las enfermeras. También hubo una relación significativa entre el ambiente laboral, el desgaste emocional, la despersonalización, la realización personal y la CSP en general. Se llega a la conclusión:

“El análisis mostró que la fatiga, el entorno laboral, el desgaste emocional, la despersonalización y la realización personal fueron predictores de las percepciones de SP entre las enfermeras de áreas críticas. Una CSP, es fundamental si el objetivo es brindar cuidados de buena calidad, por tanto, es de suma importancia reconocer los elementos que afectan la CSP de una organización desde la perspectiva de las enfermeras”.

Mihdawi, Maha et al. (2020). Jordania, realizaron un estudio con el objetivo de “la relación entre la cultura de seguridad del paciente percibida y los entornos laborales de enfermería en Jordania.”. Metodológicamente el estudio fue de diseño transversal, 350 enfermeras de las unidades de hospitalización de hospitales públicos y privados. Se utilizaron los instrumentos HSOPSC y PES-NWI. Resultados: Las enfermeras percibieron un bajo nivel de seguridad del paciente en la muestra de hospitales, solo el 35,2% reportaron niveles positivos de percepción de SP. La dotación de personal y los recursos, el estilo de comunicación profesional y la participación de las enfermeras en las actividades del hospital se asociaron con niveles más altos de seguridad percibida por el paciente. Los predictores más significativos de la SP percibida fueron la adecuación del personal y los recursos. Esto podría explicarse por la alta carga de trabajo que enfrentan diariamente las enfermeras. Conclusión:

“Este estudio proporcionó resultados empíricos sobre la cultura de seguridad percibida del paciente en relación con el entorno laboral de enfermería. Es fundamental centrarse en las subescalas específicas de EPE, para mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes. Los formuladores de políticas ayudarían a reducir las lesiones, ahorrar recursos y construir una cultura de seguridad al tomar en consideración la importancia del entorno de trabajo de enfermería en relación con la seguridad del paciente”.

2.2.2 Antecedentes Nacionales

Peralta, Y. et al. (2021), realizaron un estudio sobre la “Cultura de seguridad del paciente desde la percepción del personal de enfermería”. Elaboraron un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo, transversal, llevado a cabo con una encuesta virtual, participo el personal de enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Resultados: la CS en el Servicio de Centro Quirúrgico de acuerdo con el número de eventos reportados es neutral con un 66,7 %; y el indicador percepción de seguridad es neutral con un 63 %. En la dimensión de “respuesta no punitiva” los resultados son neutrales con un 40,7 %, la “dotación de personal”, es neutral y negativo en un 37 %. Y en relación, al “apoyo de la gerencia del hospital en la seguridad del paciente”, es neutral con un 66,7 %. La mejor característica que presentan las enfermeras del presente estudio es el acercamiento al paciente. Conclusiones:

“Se evidencia que la mayoría de las dimensiones son neutras, lo refleja la necesidad de implementar estrategias de mejora en todas aquellas dimensiones que resultaron neutras o negativas pues la usencia de una cultura de seguridad pone en riesgo la integridad, salud y cuidado de los pacientes, más aún, cuando Centro Quirúrgico es un área que realiza en su mayoría procesos de alta complejidad y es al mismo tiempo una área critica”.

Ojeda Reyes, R. et al. (2021), realizaron un estudio sobre la “clima organizacional y cultura de seguridad de enfermería en un Instituto de Salud Materno Perinatal”. Investigación descriptiva, transversal, correlacional, no experimental, ejecutada en la UCIN, se trabajó con 53 enfermeras. Para el clima organizacional, se utilizó como instrumento el cuestionario del MINSA; y en CSP, se utilizó el instrumento HSOPSC. Resultados: con relación a la variable CO, 70 % de profesionales reportaron que no es saludable. Tres dimensiones sobrepasaron el 60 % de respuestas negativas: “Remuneración”

(85,85 %), “la recompensa” (64,78 %) y la “dimensión liderazgo” (61,32 %). Con relación a la CSP, tres dimensiones fueron reportadas con porcentajes ($\geq$ a 50 %) en oportunidad de mejora: “la dotación de personal”, “la percepción de seguridad” y el “trabajo en equipo entre unidades/hospital”. Conclusiones:

“El clima organizacional y siete de sus dimensiones están relacionados con la cultura de seguridad en Cuidados Intermedios Neonatales. La evaluación de características supone que, pese a las debilidades del clima organizacional, entorno a la remuneración, recompensa, liderazgo e innovación, estas son compensadas por una apropiada cultura de seguridad, con un favorable aprendizaje organizacional y trabajo en equipo”.

Arrieta, A. et al. (2019), realizaron un estudio sobre la “Encuesta Healthcare Management Americas 2018 sobre la cultura de seguridad del paciente en el Perú”. Fue un estudio transversal no aleatorio realizado virtualmente, se utilizó el instrumento HSOPSC en su versión en español, en la cual participaron un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud; que trabajan en establecimientos de salud del sector privado y público. Resultados: un total de 329 profesionales de la salud que completaron la encuesta y de estos solo el 21% evalúan el nivel de SP en su unidad de trabajo como excelente o muy bueno. El grado de seguridad del paciente fue mejor en establecimientos privados. Se concluye:

“Los porcentajes de respuestas positivas en las dimensiones de la CS aún se mantienen entre el año 2016 y 2018, se percibe un alto deterioro en el sistema público con relación a como se percibe la SP de forma general y en la dimensión “apertura en la comunicación”. Por el contrario, en el sistema privado los resultados mejoraron, siendo las más relevantes aquellas que indican el grado en que los supervisores consideran las sugerencias del personal y promueven acciones en

beneficio de la SP, y la dimensión de aprendizaje continuo en el que la organización aprende de sus errores”.

2.3 Base Teórica

2.3.1 Entorno de la Practica de Enfermería

De acuerdo con Lake, E. (2002) se define como la percepción de cualidades que influyen favorable o desfavorablemente en los resultados para los pacientes, profesionales y establecimientos de salud. Dichas cualidades incluyen autonomía, atención de calidad, liderazgo y mejoras organizacionales, desarrollo y progresión profesional y relaciones interprofesionales de soporte.

EPE es el que “promueve, facilita u obstaculiza al personal de enfermería para prestar cuidados de calidad, además de incrementar la seguridad y bienestar de los pacientes y de sus profesionales” (Gea-Caballero, V. et al., 2018).

Además, el EPE describe el quién, qué, dónde, cuándo, por qué y cómo se asocia la práctica con los roles de enfermería. La definición de enfermería proporciona una caracterización sucinta del “qué” de la enfermería. Todos los enfermeros, constituyen el "quién" y han sido educados, titulados y mantienen una licencia activa para ejercer la enfermería. La enfermería acontece “cuando” existe la necesidad de conocimientos, sabiduría, cuidado, liderazgo, práctica o educación en enfermería, en cualquier momento y en cualquier lugar. En cualquier entorno “donde” hay un paciente que necesita cuidado está presente enfermería. El “cómo” del EPE se define como las formas, medios, métodos y formas que utilizan las enfermeras para ejercer profesionalmente. El “por qué” se caracteriza como la respuesta de enfermería a las necesidades cambiantes de la sociedad para lograr resultados positivos para el paciente (ANA, 2021).

Dimensiones del Entorno de la Práctica de Enfermería:

2.3.1.1 Participación de la enfermera en asuntos del hospital

De acuerdo con Lemus, J. et al 2019, “Gestionar se relaciona con el término arriesgar, consiste en alcanzar objetivos, es la actividad desarrollada por todos los integrantes de un sistema de salud con la finalidad de organizar y coordinar los recursos de que disponen para la ejecución, eficaz y eficiente, de las actividades referentes a sus responsabilidades y competencias específicas”. En el hospital, el riesgo es menor si se ha planificado con anterioridad lo que se debe gestionar. Por tanto, se debe gestionar: la salud de los pacientes y/o usuarios, a lo largo de la vida; las interrelaciones personales y los intereses colectivos (cuidado de los enfermos, profesionales de la salud, gestores y recursos económicos).

La gestión hospitalaria, es una acción muy técnica que requiere de preparación y métodos científicos, ya que su actividad está regulada legalmente, normada por los derechos y deberes de los pacientes, del personal de salud, así como de la gestión pública (Lemus, J. et al 2019). Es un entorno de alta interacción entre profesionales de la salud y usuarios, en donde la toma de decisiones en beneficio de los pacientes y para el prestigio del hospital son tomadas por los médicos y las enfermeras. Por tanto, los médicos y enfermeras son los verdaderos gestores asistenciales del hospital, es aquí donde su efectividad y eficiencia para la mejora salud juegan un rol importante; al mismo tiempo que la calidad es patrimonio de los médicos y enfermeras en el acto asistencial (Aranaz, J. et al, 2017).

De acuerdo con Aranaz, J. et al. (2017), para lograr una adecuada gestión hospitalaria, se necesita:

- *“Conocimiento de los hechos, tener formación especializada suficiente y disponer de información adecuada en el momento oportuno”.*
- *“Determinar objetivos, poner fecha a su ejecución y nombrar al responsable de conseguirlos”.*

- *“Dotación de recursos, tanto estructurales como instrumentales y normativos adecuados a los objetivos planteados”.*
- *“Establecer la estructura funcional, implementando un organigrama de funciones, cargos y responsabilidades”.*
- *“Dotación, selección y motivación del personal, que es un aspecto fundamental, pues en un lugar con tanta interacción personal como lo es el hospital, la satisfacción del enfermo y los usuarios está relacionada directamente con la satisfacción de los profesionales que en el laboran”.*
- *“Evaluación periódica, es decir advertir las desviaciones para controlarlas o para en su caso mejorarlas”.*

Entonces, lo fundamental, es evaluar el logro de los objetivos del hospital y en la actualidad es universalmente aceptado que el hospital brinde cuidados en hospitalización, urgencias y consultas externas, ha de convertir a la docencia como eje para transmitir conocimientos y ha de buscar otros nuevos a través de la investigación (Ayuso-Murillo, D. et al., 2018).

En un mundo de rápido cambio, los sistemas de salud son demasiado complejos para poder administrarlos a través de manuales, resoluciones o disposiciones. Es por esta razón, que la gestión hospitalaria, debe basarse en el trabajo en equipo, definiendo las capacidades y habilidades de cada grupo de profesionales involucrados para delegar funciones para en el logro de los objetivos e integrando a la comunicación como pilar de este proceso. También, implica analizar el entorno y sus variables, fomentar la participación de los involucrados a través del consenso, propiciar los ciclos de mejora y sobre todo el desarrollo institucional (Lemus, J. et al 2019).

2.3.1.1.1 Rol de Enfermería en la Gestión Hospitalaria

Las enfermeras gestoras, desempeñan diversos roles paralelos en los diferentes sistemas de salud a nivel global; como la subordinación, superiores y representar al servicio o al establecimiento de salud.

Dichas condiciones evidencian múltiples grados y aspectos de responsabilidad, que demandan de enfermería conocimientos, habilidades y competencias específicas y diferenciadas. Dependiendo de cómo se ha diseñado, la estructura organizacional, las enfermeras ocupan cargos de gestión dirigidos a alcanzar objetivos comunes en la organización, con características según el nivel.

Los objetivos se extienden en a todo nivel de gestión y tienen la finalidad de alcanzar las metas de la organización y del departamento de enfermería, gestionar una atención y cuidado de calidad, fomentar la motivación de los enfermeros asistenciales y la satisfacción del paciente, promover el incremento de las capacidades de enfermeros asistenciales, incrementar el trabajo en equipo y la moral en el trabajo e impulsar el cambio en respuesta a las necesidades organizacionales de mejora (Ayuso-Murillo, D. et al., 2018).

Las enfermeras deben contar y desarrollar habilidades técnicas, habilidades humanas y habilidades conceptuales. Emplear dichas habilidades, dependerá del nivel en que la enfermera se encuentre dentro de la organización. Por tanto, en el día a día, la enfermera brinda cuidados directos al paciente en mayor medida relacionados con las habilidades técnicas, mientras que en los grados más altos de la gestión se emplean fundamentalmente las competencias conceptuales, siendo las de carácter humano las que la enfermera, desarrolla constantemente y se puede afirmar que la gestión se realiza en cualquier cargo desempeñado por la enfermera (Ayuso-Murillo, D. et al., 2018).

En la actualidad, se solicita a las enfermeras una actitud creativa y resolutive en relación con su quehacer diario, que las empodera de forma apropiada en el rol que desempeñan dentro de la organización para satisfacer las necesidades del paciente a través del cuidado de calidad-holístico-igualitario (Sitzman, k. & Watson, J., 2018).

Indudablemente, a medida que se asciende en la escala organizacional, la enfermera gestora se aparta de los cuidados y se enfoca más en la gestión de

recursos sin olvidar, cualquiera que sea su puesto, que su aporte específico a la organización, es justamente su capacidad para identificar y solucionar la necesidad de cuidado de los pacientes (Ayuso-Murillo, D. et al., 2018).

2.3.1.1.2 Perfil del Gestor de Enfermería

Todo gestor debe cumplir con un perfil profesional que lo habilite para desempeñar su rol como tal:

- *“Conocer los resultados esperados de los puestos bajo su responsabilidad y del suyo en particular”.*
- *“Distribuir el tiempo y energías: de forma adecuada con relación a los resultados esperados, tanto del gestor como de todo el personal”.*
- *“Habilidades específicas de gestión y administración: planificación, organización, dirección, control”.*
- *“Manejo de la información: experto en recolectar información y manejarla, en beneficio de las personas y del trabajo”.*
- *Motivación: se vincula estrechamente con la situación laboral y, por ende, influyen en ella las políticas relacionadas al personal, las compensaciones y la cultura organizacional. (Lemus, J. et al 2019).*
- *Capacidad de liderazgo: ser gestor no implica ser líder, es necesario que las personas que trabajen con él reconozcan su liderazgo personal y profesional (Ayuso-Murillo, D. et al., 2018).*
- *“Contacto con otros grupos o personas de interés: debe conocer de primera mano las implementaciones que se produzcan y así tener la capacidad para debatirlas y aplicarlas en su servicio”.*
- *“Fomentar la investigación: motivar a su personal a desarrollar proyectos de investigación que generen evidencia científica relacionada con los cuidados directos como de la propia gestión”.*

2.3.1.2 Capacidad, Liderazgo y Apoyo a las Enfermeras por parte de las Enfermeras Gestoras

Enfermería lidera su entorno de práctica profesional, contribuyendo con establecer un entorno que apoya y mantiene el respeto, la confianza y dignidad. También, motiva a la innovación de la práctica y del rol profesional planteando objetivos y metas. Hace uso de la comunicación efectiva para promover el cambio y abordar conflictos (ANA, 2021). De la misma forma, se integran dos aspectos: el cuidado y la gestión de los recursos. Lo que sitúa a la enfermera en un doble rol durante su práctica profesional, el rol asistencial y el rol de gestora de recursos de salud.

Dentro del rol como gestora, el liderazgo es fundamental y se traduce en la capacidad de inspirar la confianza y el reconocimiento del equipo por la responsabilidad asumida, en tal sentido, el liderazgo de enfermería se aplica cuando fortalece la integración de todas las partes involucradas en un proceso brindar cuidados, sea un equipo de enfermeras o interdisciplinar con la única finalidad de asegurar el cuidado a los pacientes. El liderazgo en enfermería se sustenta en búsqueda de la excelencia en la práctica profesional y se cimienta en las destrezas clínicas y las habilidades de interrelación, con lo que se favorece la comprensión y el control sobre la labor que se realiza. También, el liderazgo implica participar en las políticas de salud y en su implementación a la organización sanitaria, en entornos de alta complejidad y de cambio constante como lo son actualmente los sistemas de salud. Se amplía el concepto de liderazgo e identifican dos tipos de líder:

- Líder transaccional: “desempeña el rol enfocado en las actividades cotidianas. Fija las metas en función a las capacidades del grupo que dirige. Esta forma de liderazgo se puede comparar a un contrato de beneficios mutuos, en este caso entre el líder y su equipo, siendo los resultados el esfuerzo y la realización que se pretende conseguir. El líder transaccional trabaja con la cultura organizacional existente y es un componente esencial del liderazgo efectivo”.

- Líder transformador: “motiva a su equipo a alcanzar las metas a partir de su potencial, ofreciendo una razón y sentido en el equipo. Este liderazgo se da cuando las personas se interrelacionan de tal manera que líderes y miembros del equipo alcanzan los niveles más altos de motivación y toma de decisiones integrales, y se pone el énfasis en el propósito colectivo. Las expectativas del equipo se superan y se logra cambiar la cultura organizacional. Destacan como características el sentido de pertenencia al grupo, la satisfacción laboral, el entusiasmo y el espíritu de equipo”.

La gestión de enfermería en los sistemas de salud está inmersa en un ámbito de políticas en salud que determinan la orientación y la dirección del cuidado enfermero. Las enfermeras, “como gestoras de los procesos de atención en salud, tienen el control de las personas y del entorno donde brindan los cuidados; por lo tanto, la función de gestión ayuda a las enfermeras a mejorar su eficiencia y la productividad organizacional. La gestión se aborda desde una perspectiva general e integrativa de los procesos de salud, en un entorno definido en el que se anexan diferentes factores y estructuras interdependientes. Así, el cuidado de la salud parte de la totalidad de los factores que intervienen en el proceso salud-enfermedad y se resuelven los problemas según las necesidades sociales de salud. La evaluación de resultados se mide en términos de eficacia y eficiencia, y se analiza el impacto sobre una población determinada que servirá para la adecuación permanente de las políticas de salud” (Yoder-Wise, P., 2019).

2.3.1.3 Fundamentos de Enfermería para la Calidad del Cuidado

De acuerdo con Nightingale, enfermería es una profesión independiente que trabaja en equipo. Asume, que el entorno del paciente influye en su propio proceso de sanación y por ende la enfermera es responsable de reconocer y corregir aquellos factores influyentes y de esta forma facilitar el proceso de sanación natural de cada paciente. Asimismo, la enfermera debe estar altamente capacitada para asegurar un cuidado efectivo y de calidad, dotada de la más alta moral y altruismo (Sitzman, K. & Eichelberger, L., 2017).

Del mismo modo, según Henderson, el rol de la enfermera radica en brindar cuidado al individuo sano o enfermo, facilitando holísticamente la satisfacción de sus necesidades básicas ya que se encuentra parcialmente imposibilitado de llevarlas a cabo autónoma e independientemente. Al asistir dichas necesidades, es en la enfermera en quien recae el liderazgo de planificar y ejecutar los cuidados; es aquí donde también el juicio profesional cumple un rol vital ya que el cuidado varía según el individuo. Enfermería, hace uso de sus conocimientos y empatía al momento de prestar atención de salud (Sitzman, K. & Eichelberger, L., 2017).

Para Watson, el cuidado autentico y holístico se relaciona con el arte, la ciencia, las humanidades, la espiritualidad y las nuevas dimensiones de la medicina-enfermería que son la mente-cuerpo-espíritu, evolucionando abiertamente como elementos trascendentales de los fenómenos humanos en la práctica de enfermería. El cuidado se convierte en una piedra que crea ondas en un estanque, se convierte en parte de la historia de vida de cada participante en este acto, que impacta a la enfermera y a los demás en círculos de proximidad que se extienden en todas direcciones. Es por eso, que en la formación y practica de enfermería se requiera de mucho conocimiento y destrezas para llevar a cabo su trabajo, cuando es mínimo el esfuerzo desplegado para enseñar a cómo actuar en estos momentos de cuidado e interacción que muchas veces trascienden el tiempo-espacio y que pueden afectar de forma positiva o negativa tanto al que cuida como al que recibe el cuidado (Sitzman, k. & Watson, J., 2018).

- **Atención centrada en el paciente:** “la evolución de este fenómeno afectó al paciente, que dejo de lado su rol de receptor pasivo de las decisiones del personal de salud, al personal que se transforma en asesor técnico de sus pacientes y a la relación clínica que pasa de ser bipolar a colectiva dando acceso al equipo de cuidados. El mundo moderno propone una manera diferente de articular estas dos obligaciones, la de hacer el bien y la de no perjudicar. Ahora, lo prioritario será no dañar, porque la realización efectiva del bien para el paciente ya no podrá hacerse sin su voluntad, respetando el principio de autonomía”.

Asimismo, “supone la necesidad de un cambio significativo en el que la evidencia y la eficiencia fueran acompañadas de la efectividad y la autonomía del paciente como los principales valores”. Lo que significaría brindar atención holística-personalizada y oportuna, involucrar a los pacientes y familiares en el proceso de atención, formar profesionales de la salud con destrezas en comunicación y trabajo en equipo, y al mismo tiempo facilitar el soporte emocional para el afrontamiento de la enfermedad (Lemus, J. et al 2019).

- **Calidad de cuidados:** “la importancia de la calidad de los cuidados no es reciente para las enfermeras, ya que está relacionada a su ejercicio profesional y con el objetivo de transformar la salud de la población”.

“Los cuidados brindados a la población dentro del sistema sanitario son actividades y procesos complejos que combinan factores humanos, organizacionales, del entorno y del sistema”. Estos factores, “condicionan las decisiones de la práctica clínica, el proceso asistencial y el resultado de los cuidados que pueden ocasionar daño e incluso la muerte del paciente”. En este contexto, “se consideran EA a la lesión o complicación consecuencia de un accidente imprevisto e inesperado que causa algún daño o complicación y que deriva directamente de la atención recibida”, al mismo tiempo representa una elevada tasa de morbilidad y mortalidad en países desarrollados, constituyendo también un alto impacto económico y social. En su mayoría, los EA son evitables; sin embargo, prolongan la estancia, se necesita de diagnósticos o tratamientos adicionales y se pueden relacionar con la incapacidad al alta o la muerte (Lemus, J. et al 2019).

2.3.1.4 Gestión de Recursos Humanos en Enfermería

Las enfermeras gestoras, deben proteger y diseñar modelos adecuados de dotación de personal ya que su cercanía con los pacientes les brinda la capacidad única de liderar y trabajar para este fin. Son, sin duda, las impulsoras y coordinadoras del cuidado al paciente a través de la atención continua y, al mismo tiempo, tienen el compromiso inquebrantable de mejorar la SP, la calidad y mejorar los resultados (Ayuso-Murillo, D. et al., 2018).

Además de sus habilidades en el cuidado, cuentan con buen criterio en el manejo de los presupuestos asignados, lo que las coloca ventajosamente en la gestión de recursos. Las enfermeras cuentan con una excelente capacidad de comunicación y saben cómo priorizar sus objetivos utilizando datos y habilidades analíticas. Las condiciones de trabajo y el entorno laboral deberían ayudarlas a brindar cuidados de calidad centrados en el paciente. No hacerlo pone en peligro la calidad y la seguridad del cuidado de enfermería, causando EA en los pacientes y que conducen a resultados desafortunados para los pacientes, menor satisfacción del usuario y mayores tasas de mortalidad y morbilidad. La dotación segura de personal requiere un número adecuado de enfermeras con una combinación adecuada de educación, capacitación y experiencia (SPSC & ICN, 2019).

- **Dotación óptima de personal**

El establecer un entorno de trabajo saludable se basa en una cultura de seguridad. La dotación óptima de personal tiene un impacto significativo en el entorno laboral y sigue siendo una preocupación prioritaria de las enfermeras en todos los niveles de práctica. Las limitaciones económicas, la escasez de personal calificado, la reducción de la duración de la estadía y las necesidades de atención del paciente que son cada vez más complejas, son factores que contribuyen a los desafíos inherentes a la creación y mantenimiento de modelos de gestión personal que promuevan una dotación óptima para una atención segura del paciente. La dotación de personal

óptima es un componente fundamental de un entorno de trabajo saludable (ANA, 2021).

Se necesitan modelos de dotación de enfermería basados en la evidencia para mejorar la seguridad del paciente y los resultados del cuidado. Las enfermeras gestoras y los líderes de enfermería deben participar activamente en el diseño de modelos de dotación de personal que puedan operacionalizarse para cumplir con el cuidado seguro de los pacientes. Además, deben comprender que las proporciones obligatorias actuales y otras iniciativas de dotación de personal de enfermería requieren una consideración exhaustiva de las necesidades del paciente, los niveles de competencia de la enfermera, la combinación de habilidades y las necesidades de apoyo del personal auxiliar para satisfacer las necesidades del paciente. Todas las instituciones de salud deberían monitorear y evaluar frecuentemente los resultados de los pacientes que están directamente relacionados con la dotación de personal (SPSC & ICN, 2019).

2.3.1.5 Relación Médicos-Enfermeras

De acuerdo con Jasemi, M. et al (2017), la enfermería se caracteriza por el cuidado y la medicina se relaciona con el curar, ambas disciplinas son fundamentalmente curativas que combinan arte, ciencia y oficio, pero no pueden actuar de forma aislada o en una esfera específica, ya que tienen los mismos objetivos filosóficos. La enfermería y la medicina han recorrido caminos evolutivos a lo largo de los años, pero la relación de colaboración es un fenómeno relativamente reciente derivado de la reforma de enfermería propuesta por Florence Nightingale.

La colaboración interprofesional sucede cuando dos o más profesionales de la salud trabajan juntos para resolver problemas o para planificar el cuidado a brindar. El concepto del “*todo*” es mucho más que la suma de partes, ya que la colaboración interprofesional es como una *asociación* entre los miembros del equipo de salud en beneficio del paciente, a quien también se le involucra en la

toma decisiones y adicionalmente se establece un puente de comunicación. Este esfuerzo coordinado, calza perfecto en una atmosfera de respeto mutuo, entre los profesionales de la salud, y de responsabilidad compartida con el propósito de obtener resultados positivos en el cuidado del paciente. En un clima de colaboración interprofesional, cada miembro saca a relucir sus capacidades y conocimientos, ya que, en mencionado clima, perciben que sus roles son empoderados y sienten que pueden contribuir en el cuidado y recuperación del paciente.

El propósito es, planificar y brindar un plan de cuidados que alcance un objetivo, depende estado de salud del paciente, y que sea común para todo el equipo. De esta forma, se optimizan tiempos y se asegura el buen uso de los recursos. Los sistemas de salud atraviesan por cambios evolutivos en términos de financiamiento e inversión, lo que está creando nuevos retos en el trabajo en equipo interprofesional. El trabajo bien coordinado permite que el cuidado sea efectivo y rentable, en el cumplimiento de los desafíos financieros contemporáneos que afronta la salud. En un entorno hospitalario, un gran número de profesionales de la salud trabajan directa e indirectamente con el paciente en búsqueda de su pronta recuperación (Slusser, M. et al, 2018).

Por otro lado, según Sitzman, k. & Watson, J. (2018), el futuro revela que todos los profesionales de la salud tendrán que trabajar dentro de un marco compartido de relaciones basadas en el cuidado y la medicina, expandiendo así los puntos de vista de nuestra humanidad, incluyendo de forma más completa a las dimensiones espirituales del cuidado. Por lo tanto, enfermería se encuentra en su propia confluencia de posibilidades, entre cosmovisiones, paradigmas, siglos y épocas; invitada y exhortada a construir sobre su patrimonio y la última evolución en ciencia y tecnología. La profesión de enfermería debe trascender sus propios límites a un futuro posmoderno aún por conocer. Asimismo, enfermería mantiene la promesa de honrar los principios del cuidado humano, los misterios de la sanación y los modelos aún por desarrollar.

2.3.2 Cultura de Seguridad del Paciente

La CSP es el grado en que la cultura de una organización apoya y promueve la seguridad del paciente. Se define como los valores, creencias y normas que comparten los profesionales de la salud y todo el personal de un establecimiento de salud que influyen en sus acciones y comportamientos. Es importante resaltar que la cultura es un proceso transversal, que existe desde el nivel de unidad o servicio hasta el nivel de departamento, organización y sistema (AHRQ, 2022).

La cultura de seguridad (CS) incluye factores humanos, técnicos, organizativos y culturales. Esta cultura de seguridad ha madurado en distintos entornos, como la industria de la energía nuclear, la aviación y el control aéreo (Rocco, C. et al., 2017)

Asimismo, de acuerdo con Aranaz, J. et al. (2017), el “modo de hacer las cosas” está “determinado por múltiples aspectos: la educación, algunas características socio demográficas de los profesionales, salarios, las relaciones personales, los recursos, los hábitos y costumbres generados a lo largo de los años, el estilo de gestión del servicio, etc.”. Una institución de salud con una cultura de seguridad adecuada, cuenta con las siguientes características: reconoce los riesgos de latentes y es proactiva, promueve un entorno laboral saludable donde todos sus miembros se comunican libremente sobre los errores o riesgos sin ser juzgados, fomenta el trabajo interdisciplinario frente a la toma decisiones, asigna los recursos necesarios, genera aprendizaje a través de capacitación continua; y además evalúa, monitorea, mide su situación actual y produce indicadores.

Dimensiones de la Cultura de Seguridad del Paciente:

2.3.2.1 Trabajo en Equipo

Con el paso de los años, la medicina se ha convertido altamente especializada y progresos similares han ocurrido con enfermería. El cuidado de los pacientes involucra de forma simultánea a muchos profesionales de la salud y este panorama

es una llamada al trabajo en equipo, para así asegurar un trabajo en conjunto y efectivo.

La relevancia del trabajo en equipo, tomo protagonismo luego del reconocimiento generalizado de que la atención de calidad no solo se logra por la práctica competente de los profesionales individualistas sino por la presencia de sistemas, contextos, entornos y procesos que facilitan y motivan las buenas prácticas y resuelven frente a los contratiempos. Además, se caracterizan por tener un objetivo en común, por compartir la responsabilidad de alcanzar el objetivo trazado, por tener miembros determinados siendo aquellos que interactúan diariamente con el paciente y sus familias, por contar con autonomía en la toma de decisiones relacionadas con el objetivo a alcanzar, porque los miembros son interdependientes, por funcionar como una unidad indivisible y por hacerse responsable de su desempeño en general.

Trabajar en equipo, también, facilita la rápida intervención y ejecución de diferentes procedimientos que suceden muchas veces paralelamente, lo que resulta no solo en ahorro de tiempo sino de dinero. Al mismo tiempo, permite el aprendizaje, el desarrollo de conocimientos, el explorar y dar paso a la innovación. El cuidado debe brindarse en equipo. Es importante resaltar, el rol activo del paciente en su propio cuidado, teniendo en cuenta sus habilidades y capacidades puesto que en la actualidad muchas organizaciones y equipos de profesionales de la salud trabajan a base de modelos de cuidado centrados en el paciente. Sin embargo, aun en esta época, se necesita cambiar el paradigma del trabajo separatista-individualista para pasar a la siguiente era del trabajo en equipo a beneficio de los pacientes, sus familias, pero más importante salvaguardar su seguridad durante la estancia hospitalaria (Drinka, T. J., & Clark, P. G., 2016).

2.3.2.2 Comunicación sobre Errores

En el ejercicio profesional de la salud en general, y especialmente en la seguridad del paciente, se identifica al error como aquella equivocación por encargo u

omisión en la praxis podrían contribuir a que un evento adverso suceda. La gran parte de los errores no generan daño y en algunas situaciones se consideran necesarios frente al aprendizaje y para garantizar la seguridad. Cuando un paciente sufre daño, usualmente lo denominan una ligereza, mala praxis o negligencia por parte del personal de salud. Sin embargo, en algunas oportunidades, son situaciones y complicaciones inevitables relacionadas al proceso de alguna enfermedad de fondo o el resultado del diseño con el que cuenta dicho sistema de salud. Es fundamental, la comunicación efectiva entre todo el equipo multidisciplinario de atención, puesto que los fallos en esta son la principal causa raíz de los eventos adversos.

El comunicar que un evento adverso ha sucedido no están sencillo, ya que los profesionales involucrados pueden enfrentar procesos administrativos o judiciales, que indirectamente culpabilizan únicamente a dicho profesional y es aquí muy importante el rol que desempeñan las instituciones de salud en desarrollar una autentica cultura de seguridad e implementar sistemas de apoyo a las segundas víctimas. “Este término hace referencia al profesional que se encuentra involucrado en un evento adverso (EA) no previsto, un error médico y/o un daño sufrido por el paciente, y se convierte en la parte afectada por la carga emocional con la que debe lidiar”.

La comunicación efectiva frente al error se fundamenta en cuatro principios: la anticipación que implica contar con un plan frente a la crisis, la agilidad para dar respuesta inmediata a la situación, la calidad informativa en referencia a la precisión de esta y la veracidad (Vicent, C., & Amalberti, R., 2016).

2.3.2.3 Respuesta frente a los Errores

Al realizar un análisis sobre el número de fallas o daños en el paciente durante la atención en salud, se evidencia que muchos de estos se desarrollan gradualmente y al no recibir la atención necesaria pueden generar una crisis con consecuencia de readmisión del paciente. Los errores, son inevitables. Muchos pacientes sufrirán de algún daño, por tanto, se espera una rápida respuesta y se minimice el

daño. Sin embargo, algunos pacientes resultan ser más susceptibles a las infecciones, alérgicos a medicamentos y a las complicaciones quirúrgicas, asimismo, los adultos mayores quienes son más vulnerables y frágiles frente a las diferentes patologías que padecen y los tratamientos a los que son sometidos.

Cuando un incidente o evento adverso sucede, se realizan juicios de valor muy apresurados y sesgados, que culpan directamente al profesional con mayor relación al problema. No obstante, un análisis detallado de la situación evidencia una serie de eventos y desorientaciones en relación con las prácticas seguras, los cuales se ven influenciados por el entorno laboral y el clima organizacional.

En el ejercicio profesional, urge distinguir que los errores generan consecuencias inmediatas en los pacientes y se consideran como desviaciones de menor importancia relacionados con el desempeño laboral y tienen opción a ser corregidos. Es necesario también contar o implementar normas, guías y protocolos claros en la gestión del cuidado que estandaricen los procedimientos y minimicen el riesgo de cometer errores. Es decir, se debe trabajar en controlar el impacto de los errores más que su eliminación. Los resultados y recomendaciones de los análisis sobre los incidentes son fundamentales para la mejora de la fiabilidad en las instituciones de salud y por ende contar con un sistema más seguro.

Es muy importante, fomentar dentro de la institución la disposición a reportar e intervenir frente a algún riesgo al cual puede estar expuesto un paciente. Asimismo, se debe prestar especial atención a que los líderes con mayor experticia analicen abiertamente los errores y los desaciertos de la organización (Aranaz, J. et al., 2017).

2.3.2.4 Reporte de Eventos relacionados con la de Seguridad del Paciente

La gestión y reporte de incidentes es una actividad paralela dentro del marco de la SP. Los sistemas de notificación de eventos adversos o incidentes tienen su origen en otras organizaciones donde la seguridad es imprescindible, como las plantas

nucleares y las aerolíneas. El implementar sistemas de notificación de incidentes sirven de gran ayuda, puesto que generan información muy valiosa e identifican oportunidades de mejora a través de la investigación de los hechos. También, favorece a la identificación de nuevos riesgos, tendencias y factibles estrategias de abordaje.

El personal de salud y su compromiso con la SP y garantizar un ambiente seguro, pueden colaborar en la recopilación y análisis de datos que representan un riesgo en el entorno de atención y cuidado. Un sistema de notificación eficaz se caracteriza por aprender de los errores, por incentivar la confidencialidad cuando realiza un reporte, por fomentar la mejora a partir de un error, por retroalimentar a la organización con conocimientos que afirmen una cultura de seguridad y por difundir adecuadamente lo aprendido de lo acontecido (Govindarajan, R., 2019).

2.3.2.5 Apertura de la Comunicación

Dentro de las instituciones de salud, la comunicación se entiende como un conjunto de procesos internos de transmisión – recepción de información dentro del entorno organizacional. La comunicación efectiva en una organización de salud instruye en primera instancia a su personal, para que después de adoptar los conocimientos como parte de su práctica profesional sean quienes lo transmiten a los compañeros de trabajo, pacientes y público en general, lo que favorece a la cultura organizacional de seguridad. Dentro de este proceso, también existen barreras que lo limitan, como las percepciones, las formas de expresión o lenguaje, el ruido, las emociones, la desconfianza, la comunicación verbal y no verbal, los gestos y el lenguaje corporal, puesto que el marco de referencia personal no es el mismo para todos los miembros del equipo y más aún para los pacientes (Lemus, J. et al 2019).

Asimismo, para facilitar la apertura de la comunicación, se debe activar las estrategias necesarias para dar una respuesta adecuada y oportuna frente a los eventos adversos. Frente a la notificación de los EA, se recomienda: reportar a los

jefes inmediatos del servicio o área donde ocurrió el evento, de la misma manera, se debe informar al área legal y la gerencia. El informar oportunamente a todos los miembros del equipo de salud involucrado en la atención del paciente es fundamental para promover conciencia sobre lo acontecido. Es importante, que la comunicación interna frente a un evento adverso con graves consecuencias sea efectiva, para disminuir los rumores y que todos manejen la misma versión del hecho y del mismo modo es transcendental proteger y salvaguardar la reputación del personal y de la organización incluso frente a un evento adverso de serias consecuencias (Vicent, C., & Amalberti, R., 2016).

2.3.2.6 Transferencias e Intercambio de Información

La comunicación es fundamental para los resultados que se obtienen de la atención en salud, lo que engloba a la seguridad y la satisfacción del paciente. Asimismo, reduce las posibilidades de una interrupción en la continuidad de la atención, crea relaciones y comprensión. Las deficiencias en la comunicación entre el personal de salud contribuyen significativamente a los errores médicos y al daño del paciente. Debido a que, gran parte de los casos de negligencia no están relacionados con la calidad clínica del cuidado, sino que se desencadenan por una comunicación inadecuada (Burgener, A., 2020).

Asimismo, para los gestores en salud, la comunicación efectiva es de gran relevancia por dos razones principales. Primero, porque es un proceso a través del cual se cumplen las funciones gerenciales como la planificación, organización, gestión y control. Segundo, porque el tiempo invertido por los gerentes en esta actividad es incalculable. La información se debe comunicar, de la misma forma los planes, los compromisos y los objetivos del grupo. En este proceso de comunicación efectiva la retroalimentación, juega un rol muy importante puesto que en ausencia de esta sería únicamente un proceso de traspaso de información y no de una interacción que da paso a la comunicación (Lemus, J. et al 2019).

De acuerdo con la OMS (2016), “se debe incorporar el concepto multidimensional de la CSP en todos los niveles de los distintos sistemas de salud es un requisito previo para brindar un cuidado seguro y centrado en el paciente. La CS desempeña muchas funciones, ciertos factores son críticos, como el liderazgo, el aprendizaje organizacional, los factores humanos, el trabajo en equipo y la comunicación, y la participación del paciente y la familia, es la mejor manera de mejorar la seguridad del paciente”.

Los vacíos en la comunicación son evidencia de que el proceso no ha sido completado exitosamente. “Cuando la comunicación es oportuna, precisa, completa, inequívoca y comprendida por quien la recibe, disminuyen los errores y da como resultado una mejora en la seguridad del paciente”. La Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención en Salud (AHRQ) implementó TeamSTEPPS como un sistema de trabajo en equipo entre profesionales de la salud y ofrece una solución eficaz para mejorar la colaboración y la comunicación en búsqueda de mejorar la seguridad del paciente dentro las organizaciones de salud (AHRQ, 2019). Estas habilidades deben interactuar con los resultados de la competencia del equipo: conocimiento, actitudes y desempeño. La atención en salud insegura puede generar consecuencias trágicas en los pacientes y por ende en sus familias. Enfocarse en la CSP, mejora el trabajo en equipo y la comunicación entre el personal de salud.

2.3.2.7 Aprendizaje Organizacional y mejora continúa

La vigencia de un entorno que se caracteriza por el cambio constante y sucesos inesperados, como las instituciones de salud, depende principalmente de su capacidad para aprender. Una gestión en salud adecuada se fundamenta en el aprendizaje organizacional, puesto que la gestión del conocimiento genera capital intelectual, destrezas y capacidades a nivel organizacional. Es un proceso que se va desarrollando a través del tiempo, en el cual los miembros de una organización, a través de fundamentos teóricos, adquieren conocimientos y mejoran su desempeño. De igual forma, la expectativa sobre dichos fundamentos es que guíen

el comportamiento organizacional, fomenten la adaptación constante de la organización, permitan la evaluación del desempeño y el alcance de las metas planteadas.

El conocimiento y las habilidades aprendidas exigen de vigencia y de un aprendizaje continuo, puesto que el éxito demanda flexibilidad, capacidad de respuesta, nuevas perspectivas, nuevas ideas, nuevas capacidades y propiciar un pensamiento creativo. Por otro lado, el diseño con el que cuenta cada organización y diversos factores psicológicos juegan en contra de la misma organización y su personal, ya que generan resistencia al cambio progresivo y se desaprovechen oportunidades de innovar hacia un mejor futuro, como, por ejemplo, las rutinas organizacionales y la inadecuada comunicación interpersonal limita la detección y resolución de los errores (Lemus, J. et al 2019).

2.3.2.8 Dotación de Personal y Ritmo de Trabajo

La dotación de personal de enfermería es una cuestión compleja. Encontrar la enfermera adecuada para el paciente adecuado en el momento adecuado requiere comprender la necesidad de atención de cada paciente, las características de la enfermera, los flujos de trabajo y el contexto de la atención, incluida la cultura organizacional y el acceso a los recursos (AHRQ, 2022)..

2.3.2.9 Apoyo de los Jefes Inmediatos y la Administración del Hospital para la Seguridad Del Paciente

Los jefes inmediatos, supervisores y el nivel más alto de la administración deben garantizar su apoyo con la CSP, pues es un aspecto muy importante dentro de las políticas de seguridad y calidad. El compromiso de la gerencia tiene un impacto positivo sobre la tasa de cumplimiento de los protocolos y estándares de seguridad, puesto que los miembros del equipo valoran saber que los jefes, inmediatos se involucran y preocupan por el bienestar de la institución y también el de ellos, ya que son un elemento importante para instaurar y mantener una CSP.

También, en aquellas instituciones de salud, donde se ha logrado reducir con éxito las lesiones, EA o daños al paciente es habitual identificar administradores que se comprometen y promueven una cultura de seguridad. Es crucial que los administradores comprendan por completo que el invertir en capacitación continua, en tecnología y en procedimientos que aseguren un cuidado seguro; a largo plazo resultan beneficiosos y reducen los costos que asumiría la organización frente a un evento adverso o daño permanente al paciente. Además, el entorno laboral mejora y por ende la satisfacción laboral, disminuye la rotación del personal e incrementa la satisfacción del paciente como resultado de una atención más segura.

Por otro lado, los esfuerzos de una gestión por brindar apoyo y soporte no solo deben enfocarse en el personal de salud, sino en los otros protagonistas del equipo, como los responsables de limpieza, de lavandería, de mantenimiento y de sistemas, quienes desde sus áreas de trabajo respaldan la SP. Finalmente, todos los miembros del establecimiento se encuentran en una posición privilegiada para identificar oportunidades de mejora y participar en el desarrollo e implementación de soluciones. Las mejoras en la calidad y la seguridad ocurren de manera más efectiva cuando la gerencia confía y faculta al personal para mejorar los procesos; a su vez, el personal confía en que la dirección respalda su bienestar y su deseo genuino de mejorar (Barry, R., et al., 2017).

2.3.3 Teoría del Error Humano

Es una importante integración teórica de varias literaturas previamente aisladas. Particularmente importante es la identificación de procesos cognitivos comunes a una amplia variedad de tipos de errores. La tecnología ha llegado a un punto en el que sólo se puede lograr una mayor seguridad sobre la base de una mejor comprensión de los mecanismos de error humano. El problema del error humano puede verse de dos maneras: desde de la persona y desde del sistema. Cada uno tiene su modelo de

causalidad de error y cada modelo da lugar a filosofías de gestión de errores considerablemente diferentes.

Las organizaciones de alta fiabilidad son los principales ejemplos del enfoque sistémico. Anticipan lo peor y se preparan para afrontarlo en todos los niveles organizacionales. Es difícil, que las personas permanezcan crónicamente incómodas, por lo que la cultura organizacional adquiere un significado profundo. Las personas pueden olvidarse de tener miedo, pero la cultura de una organización de alta fiabilidad les proporciona tanto los recordatorios como las herramientas para ayudarlos a recordar. Para estas organizaciones, la búsqueda de la seguridad no consiste tanto en prevenir fallos aislados, ya sean humanos o técnicos, sino en hacer que el sistema sea lo más seguro posible (Reason, J., 1990).

2.3.4 Teoría del Entorno

Las enfermeras y la práctica de la enfermería, tal como las veía Nightingale, eran una parte integral de la vida hospitalaria diaria, como lo son hoy. Históricamente hablando, la enfermería contemporánea está infinitamente dotada de conceptos innovadores y progresistas para la enfermería y la reforma de la atención sanitaria, desarrollados, principalmente, por Nightingale hace más de 150 años.

Nightingale se dedicó a brindar atención holística centrada en el paciente, un enfoque de curación del cuerpo, la mente y el espíritu, que ella consideraba la "esencia de la enfermería". Las reformas sanitarias iniciadas por Nightingale muestran su gran don para el pensamiento crítico y hasta qué punto sus prácticas innovadoras y basadas en evidencia han perdurado a nivel mundial hasta el día de hoy.

Los factores que forman la Teoría del Entorno describen en detalle sus pensamientos atemporales sobre cómo mejorar la enfermería en beneficio del paciente logrando y manteniendo condiciones de vida saludables. Nightingale afirma que hay cinco conceptos básicos a considerar que deben estar presentes para proporcionar un ambiente saludable: agua pura, aire puro, drenaje eficiente, limpieza y luz. Ella afirma:

“Sin ellos, ninguna casa puede ser saludable”. Y será insalubre en la medida en que sean deficientes”.

Los conceptos y reformas de Nightingale crearon la columna vertebral de la enfermería como profesión y sentaron las bases para las prácticas contemporáneas de enfermería y control de infecciones, que siguen vigentes en la actualidad. Fue una firme defensora de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, aportando un nuevo enfoque a la enfermería clínica, como lo demuestran sus numerosos escritos. Su aclamada cita *“Puede parecer un principio extraño enunciar como primer requisito en un hospital que no debe hacer daño a los enfermos”* (Nightingale, 1863) mostró una idea de la importancia de la planificación, el diseño y la administración hospitalarios estratégicos.

Se evidencia la importancia de contar con entornos favorables para el cuidado y como esta teoría se traduce a la práctica de enfermería contemporánea. Los postulados de Nightingale se transcriben a la actualidad como el cuidado holístico del paciente, planificación y gestión hospitalaria, planes de cuidado, buenas prácticas sanitarias, trabajo colaborativo interdisciplinario, investigación, liderazgo, roles de gestión, etc.; y se relaciona directamente con el control de infecciones, seguridad del paciente, técnicas asépticas, entre otros (Gilbert, H. A., 2020).

2.3.5 Modelo de Donabidean

De acuerdo con Aranaz, J. et al (2017), “los sistemas de salud modernos deben estar en la capacidad de brindar atención de calidad en un entorno de alta complejidad. Esto se debe, por un lado, el aumento de la demanda de servicios de salud, puesto que gran parte de la población son adultos mayores y se han incorporado las nuevas tecnologías y terapias farmacológicas y por otro, la gran necesidad de gestionar eficientemente los recursos económicos disponibles. La población también incrementa sus expectativas en relación con el cuidado que recibe y demanda, además de habilidades técnicas, acceso, información veraz y comprensión.

La calidad sea asistencial o sea de gestión es el grado de acercamiento entre lo que un paciente espera, en función de sus expectativas y necesidades y la atención que recibe. Avedis Donabedian, con relación a la evaluación de la calidad, desarrolló el enfoque estructura – proceso – resultado”, que es el principio para medir y mejorar la calidad de la atención en salud:

- a) Estructura: involucra las cualidades de los centros en los que la asistencia se produce. Esto incluye las cualidades de los recursos materiales (como facilidades, equipamiento y dinero), de los recursos humanos (número y cualificación del personal), y de la estructura organizativa (como la organización del equipo médico, métodos de control de calidad y métodos de reembolso).
- b) Proceso: implica lo que en realidad se hace al dar y recibir la atención de salud. Es la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar un determinado cuidado al paciente. Para minimizar la variabilidad innecesaria de la práctica clínica se intenta estandarizar la atención mediante protocolos, guías de práctica, entre otros.
- c) Resultado: se relaciona con los efectos de la atención en el estado de salud del paciente y de la población. Se incluyen indicadores clínicos, económicos y de satisfacción, tanto del paciente como del profesional.

2.3.6 Rol de la Enfermera en la Seguridad del Paciente

Las enfermeras desempeñan un rol de suma importancia a la hora de garantizar la seguridad del paciente y brindar cuidado a los pacientes al mismo tiempo. El rol de una enfermera incluye identificar errores y cuasi-accidentes, comprender los procesos de atención y las debilidades inherentes a algunos sistemas, identificar y comunicar cambios en la condición del paciente, entre otras tareas para garantizar que los pacientes reciban un alto nivel de atención-cuidado de calidad (ANA, 2021).

Asimismo, implica mantenerse al día con los últimos hallazgos de investigaciones de fuentes confiables, pues de esta forma, pueden brindar una atención más segura al paciente y con mejores resultados si se incorpora la práctica basada en la evidencia en las rutinas diarias. Para promover una cultura de seguridad, las enfermeras líderes

garantizan que el personal cumpla con las pautas y recomendaciones establecidas por las diferentes organizaciones referentes a nivel global y locales. Dichas organizaciones brindan pautas para las medidas de control de infecciones, documentan con precisión los registros de los pacientes, implementan patrones adecuados de seguridad y cubren muchos temas adicionales para promover una cultura de seguridad en la atención en salud (AHRQ, 2019).

2.3.7 Áreas Críticas

Son aquellas áreas que atienden las necesidades de los pacientes que enfrentan una afección de salud que pone en riesgo o amenaza su vida inminentemente, sobre todo, aquella en la que los órganos vitales están en riesgo de colapsar o fallar. A través de la tecnología terapéutica, del seguimiento y del diagnóstico de avanzada, el objetivo de los cuidados en el área crítica es mantener el funcionamiento de los órganos y mejorar la condición del paciente de manera que luego se pueda tratar su lesión o enfermedad subyacente. Estos cuidados son brindados por equipos especializados de profesionales de la salud en unidades de cuidados intensivos para adultos, unidades de cuidados intensivos pediátricos y en una variedad de unidades quirúrgicas, emergencia y afines. Por tanto, las áreas críticas desempeñan un rol fundamental las instituciones de salud (Ignatavicius, D., et al., 2017).

Se determina como área crítica a las siguientes (MINSA, 2011):

- **Unidad de Cuidados Intensivos:** es el sector de un hospital que brinda tratamiento continuo a pacientes que están gravemente enfermos, muy gravemente heridos o que acaban de ser operados. Una UCI es un sistema organizado para la provisión de atención a pacientes críticamente enfermos, que brinda atención médica y de enfermería intensiva especializada, una capacidad mejorada de monitoreo y múltiples modalidades de soporte fisiológico de órganos para mantener la vida durante un período potencialmente mortal. insuficiencia. Aunque una UCI se ubica en un área geográfica definida de un hospital, sus actividades a menudo se extienden más

allá de las paredes del espacio físico e involucra al área de emergencias, sala de operaciones, entre otros.

- **Emergencia:** un servicio de emergencias también es conocido como departamento de accidentes, sala de emergencias o de urgencias, es un centro de cuidado médico especializado en la atención aguda de pacientes que se presentan sin cita previa, ya sea por sus propios medios o en ambulancia. Debido a la naturaleza no planificada de la atención a los pacientes, la emergencia debe brindar tratamiento inicial para un amplio espectro de enfermedades y lesiones, algunas de las cuales pueden poner en peligro la vida y requieren atención inmediata. La emergencia de la mayoría de los hospitales funciona las 24 horas del día, aunque los niveles de personal pueden variar en un intento de atender el volumen de pacientes.

- **Sala de Operaciones:** o también denominado quirófano o centro quirúrgico, es la unidad de un hospital donde se realizan los procedimientos quirúrgicos. Se puede diseñar y equipar un quirófano para brindar atención a pacientes con una variedad de afecciones, o se puede diseñar y equipar para brindar atención especializada a pacientes con afecciones específicas. Los quirófanos son ambientes estériles. Todo el personal usa ropa específica, así como cubiertas para zapatos, mascarillas, gorro, lentes y otras cubiertas para prevenir la propagación de gérmenes. El quirófano está muy iluminado y la temperatura es muy fresca; puesto que el aire acondicionado ayuda a prevenir infecciones.

2.4 Marcos Conceptuales o Glosario

- **Cultura de seguridad:** valores, actitudes, percepciones, competencias, destrezas y patrones de conducta de todo el personal de un establecimiento de salud, que desempeñan determinadas actividades en áreas, servicios y unidades de un hospital o institución de salud privada (Aranaz, J. et al, 2017).

- **Entorno de Práctica profesional:** ambiente de trabajo que puede facilitar u obstaculizar la práctica profesional; el cual se considera favorable cuando los enfermeros tienen autonomía, control sobre el ambiente de trabajo y buenas relaciones con el equipo de salud (Neves, T. et al, 2018).
- **Enfermera:** profesional de la ciencia de la salud, que brinda cuidado integral, en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística, en los procesos de promoción, prevención recuperación y rehabilitación de la salud, mediante el cuidado o de la persona, la familia y la comunidad (MINSA, 2002).
- **Área Crítica:** área del establecimiento de salud que brinda cuidado especializados a los pacientes que enfrentan una afección de salud que pone en riesgo o amenaza su vida inminentemente, sobre todo, aquella en la que los órganos vitales están en riesgo de colapsar o fallar.

CAPITULO 3: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

De acuerdo con Hernandez-Sampieri et al. (2018), el presente estudio es:

Tipo de investigación: Cuantitativo y transversal

Diseño: No experimental y correlacional

3.2 Unidad de análisis

Licenciadas (os) en enfermería que trabajan en áreas críticas (Emergencia, Unidad de Cuidados Intensivos y Centro Quirúrgico).

3.3 Población de estudio

La población de estudio estuvo constituida todas las licenciadas (os) en enfermería que laboran en áreas críticas en los diferentes hospitales y establecimientos de salud de Lima-Metropolitana que cumplan con los criterios de inclusión, acepten participar de la investigación y den su consentimiento.

3.4. Tamaño de la muestra

Debido a que el país se encontraba en estado emergencia sanitaria, por la 2da ola pandémica de COVID-19, se recomendaba como medida preventiva de contagio el distanciamiento social, evitar lugares con mayor aforo al permitido y se priorizaban el trabajo remoto y/o reuniones virtuales. Por las razones antes mencionadas y teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, de las respuestas obtenidas se realizó el cálculo a través de la potencia estadística, la cual arrojó un tamaño de muestra de 85 enfermeras.

Cálculo de potencia estadística

El análisis de potencia estadística es elemental para garantizar que el estudio cuente con suficiente poder para detectar diferencias clínicamente significativas en los

resultados de interés, como la relación entre las variables. Un análisis de potencia adecuado contribuye a la validez y la utilidad de la investigación al garantizar que los resultados sean confiables y generalizables. Asimismo, determinar si el tamaño muestral recolectado fue suficiente para reducir la probabilidad de Error de Tipo II.

En este sentido, fue necesario estimar el tamaño del efecto en cada una de las tablas de contingencia de los contrastes de hipótesis a través del estadístico V de Cramer y con este elemento se calculó la potencia estadística alcanzada en cada tabla. Para el contraste de hipótesis general se obtuvo una potencia estadística de 0.91 con un tamaño de efecto grande ($V = 0.43$). Para el contraste de las hipótesis específicas se tuvo una variación en potencia estadística desde 0.71 hasta 0.99 con tamaños de efectos de moderados a grandes ($P's = 0.30 - 0.49$). En conclusión, se observa que la potencia estadística del presente estudio fue suficiente para contrastar las hipótesis de investigación con una baja probabilidad de cometer un Error de Tipo II (la hipótesis nula es aceptada incorrectamente).

3.5. Selección de la muestra

3.5.1. Criterios de inclusión

- Enfermeras que laboren más de 3 meses en algún área crítica, que acepten participar voluntariamente de la investigación y den su consentimiento.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Enfermeras que no cuenten algún con cargo administrativo.
- Enfermeras que desempeñen únicamente trabajo remoto.

3.6. Técnicas e instrumento de recolección

3.6.1. Técnica de recolección de datos

Se empleó un cuestionario autoadministrado en línea, mediante la técnica de encuesta; el cuestionario se desarrolló y gestionó a través de Google Forms. Dirigimos el formulario masivamente y lo distribuimos a través de las redes sociales (WhatsApp, Facebook e Instagram) a enfermeras de hospitales (MINSA, Essalud, FF.AA. y PNP)

y clínicas privadas, considerando que las actividades académicas se desarrollaban de manera virtual debido al COVID-19, se recomendaba el distanciamiento social como medida preventiva de contagio y que al momento de la recolección de datos el país se encontraba atravesando por la 2da ola pandémica.

3.6.2. Instrumento de recolección de datos

- 1) La escala para medir el Entorno de la Práctica de Enfermería (Nursing Practice Scale-Nursing Work Index PES – NWI) de 31 ítems, consta de cinco dimensiones: 1) participación de la enfermera en asuntos del hospital, 2) fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado, 3) capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de las enfermeras gestoras, 4) dotación de personal y adecuación de los recursos, y 5) relación médicos-enfermeras” (Lake, E., 2002). Para este instrumento, la escala de puntuación propuesta es de tipo Likert de 4 puntos con opciones de respuesta de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (Completamente de acuerdo). Lake y Friese (2006) propusieron una nueva forma de puntuación para clasificar la favorabilidad de los entornos de la práctica, se clasificaron como favorables si las puntuaciones medias de cuatro o cinco subescalas eran superiores a 2.5, mixtas si las medias de dos o tres subescalas eran superiores a 2.5, y desfavorables si ninguna o una de las cinco subescalas alcanzó una puntuación media de 2.5.
- 2) La Encuesta sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales (HSOPSC), tiene como objetivo ayudar a los hospitales a evaluar la CSP (AHRQ, 2004). La versión 2.0 del HSOPSC, cuenta con 32 ítems agrupados en 10 dimensiones compuestas que son agrupaciones de dos o más ítems de la encuesta que evalúan las mismas áreas de la CSP, adicionalmente dos ítems sobre el reporte errores y la cultura de seguridad en general, y 6 ítems demográficos. Utiliza también, la escala de Likert de 5 puntos ("Totalmente en desacuerdo" a "Totalmente de acuerdo") o escalas de frecuencia ("Nunca" a "Siempre") y también incluyen una opción de respuesta "No se aplica o No sé". Con relación al análisis de datos, para calcular el porcentaje obtenido de cada dimensión, se debe promediar el porcentaje de puntajes positivos para cada elemento incluido en la

dimensión. Se debe tener en cuenta, que ESTAR EN DESACUERDO con un ítem redactado negativamente indica una respuesta POSITIVA. Entonces, al promediar el porcentaje de puntajes positivos a nivel de los ítems da como resultado el porcentaje medio de dicha dimensión, si es menor a 50 % se considera negativa, si se mantiene en el rango de 50 - 60 % se considera como neutral y si es mayor o igual a 70% es positiva. De acuerdo con la AHRQ, el nivel de cultura de seguridad del paciente se designó como positivo, neutral y negativo.

3.7. Análisis e interpretación de recolección de la información

Los datos recolectados se organizaron en una matriz con el programa Excel, posteriormente importados por el programa estadístico IBM SPSS v. 23. Los ítems correspondientes a las dimensiones del estudio se representaron en columnas y los valores originales se reemplazaron por datos numéricos según la conveniencia para el análisis cuantitativo posterior.

El análisis estadístico considerado fue el **no paramétrico**, ya que no requieren de presupuestos acerca de la forma de la distribución poblacional. Aceptan distribuciones “libres”. Asimismo, las variables no necesariamente tienen que estar medidas en un nivel por intervalos o de razón; se pueden analizar datos nominales u ordinales. Por otro lado, la prueba estadística a emplear será el **Chi cuadrado X^2 de Pearson**, que evalúa la hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas, es decir, si las proporciones de una variable son diferentes dependiendo del valor que adquiera la otra variable, cuando los datos son independientes. Se llega a una conclusión sobre la hipótesis con un 95% de confianza, el valor asignado Asymp. Sig. (Representa el valor p del estadístico Chi-Cuadrado) debe ser menor que .05 (que es el nivel alfa asociado con un nivel de confianza del 95%) (Hernandez-Sampieri, 2018).

3.7.1. Aspectos éticos

La investigación no representó ningún riesgo para los participantes en este estudio, no generó ningún costo al participante y se tomaron las medidas necesarias en relación para asegurar la confidencialidad de los datos de los participantes, todos los

participantes dieron su consentimiento virtualmente para participar en la investigación a través del consentimiento informado.

3.7.2. Conflicto de interés

La investigadora no posee conflicto de interés con la investigación y cuenta con la aprobación del Comité Institucional de Ética para la Investigación de la Universidad Norbert Wiener (Expediente 352-2021).

CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados del estudio

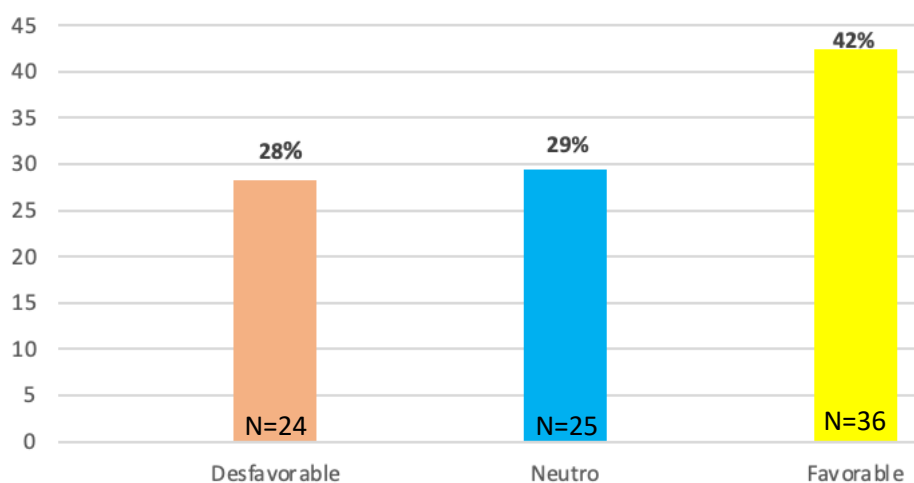
4.1.1 Características de la muestra:

En el estudio participaron 85 enfermeras, de las cuales, en su mayoría fueron de sexo femenino 91% (N= 77) y de sexo masculino 9% (N=8). En cuanto a la edad, el 44% (N= 37) oscilan entre 25 a 34 años; laboran principalmente en hospitales 76% (N= 65) y las áreas críticas donde trabajan se distribuyen: Centro Quirúrgico 40% (N=34), Emergencia 22% (N=19) y en la Unidad de Cuidados Intensivos 38% (N=32). El 29% (N=25) cuenta con tiempo de servicio de 1 a 4 años. (ANEXO 8)

4.1.2. Datos del estudio:

Con relación al Entorno de la Práctica de Enfermería, los participantes señalaron un grado de percepción favorable 42% (N=36), mientras que el 28% (N=24) reporta un grado de percepción desfavorable y el 29% (N=25) lo señala como neutro.

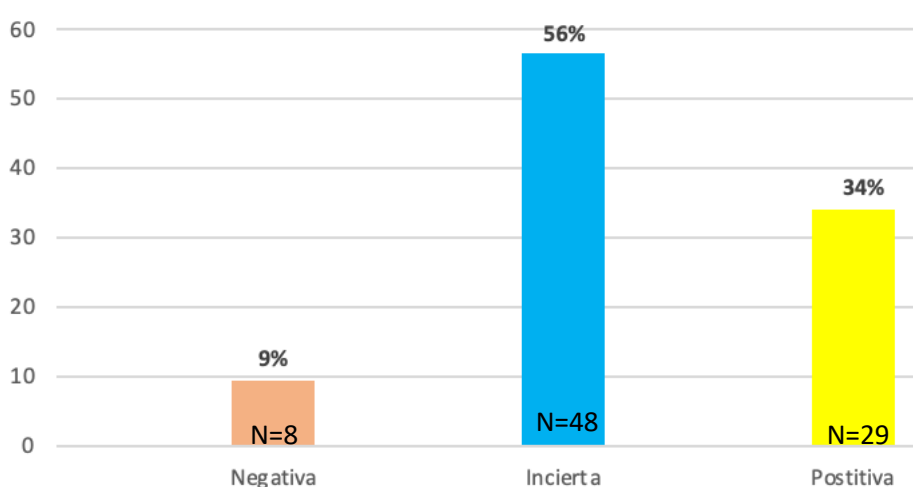
Gráfico 1. Entorno de la Práctica de Enfermería de las enfermeras que laboran en áreas críticas de Instituciones de Salud en Lima-Metropolitana en el año 2020.



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con el grado de Cultura de Seguridad del Paciente, se evidencia que 56% (N=48) de los participantes la califica como neutral, el 34% (N=29) como positiva y únicamente el 9% (N=8) la categoriza como negativa.

Gráfico 2. Cultura de Seguridad del Paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas de Instituciones de Salud en Lima-Metropolitana en el año 2020.



Fuente: Elaboración propia.

4.2. Prueba de hipótesis

4.2.1 Hipótesis general

H_I Existe asociación entre el entorno de la práctica de enfermería con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima - Metropolitana en el año 2020.

H_0 No existe asociación entre el entorno de la práctica de enfermería con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima - Metropolitana en el año 2020.

Nivel de significancia: Es el criterio que se empleará para aceptar o rechazar la hipótesis. Alpha = 5% (0,05)

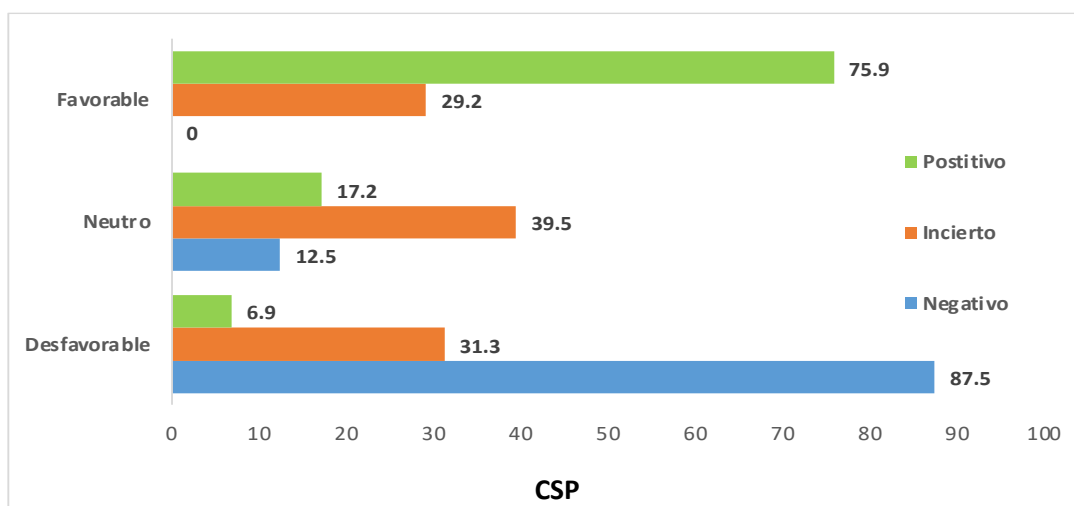
Criterio de decisión:

Si Pvalue (Sig. asintótica) < 5%. Entonces, se rechaza la H_0 .

Si Pvalue (Sig. asintótica) $\geq$ 5%. Entonces, se acepta la H_0 .

Prueba estadística: Test de Chi Cuadrado de Pearson

Gráfico 3. Asociación entre EPE y CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Análisis de asociación entre EPE y CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020.

Entorno de la Práctica Profesional de Enfermería	Cultura de Seguridad del Paciente							
	Negativo		Incierto		Postitivo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desfavorable	7	87,5	15	31,3	2	6,9	24	28,2
Neutro	1	12,5	19	39,5	5	17,2	25	29,4
Favorable	0	0,0	14	29,2	22	75,9	36	42,4
Total	8	100,0	48	100,0	29	100,0	85	100,0
Chi-Cuadrado	31,757		P valor		< 0,001			

Prueba de Chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,757a	4	0.000
Razón de verosimilitud	32.677	4	0.000
Asociación lineal por lineal	26.162	1	0.000
N de casos válidos	85		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,26.

Como el P-value (Sig. asintotica) $< 5\%$, entonces se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, existe suficiente evidencia estadística para afirmar que existe asociación entre EPE y CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas. Con un Chi-cuadrado de 31,757 para un nivel de significancia del 5% ($p < 0,001$).

4.2.2 Hipótesis específicas

En relación a la asociación de la dimensión participación de la enfermera en asuntos del hospital con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020 se encontró un valor p de 0.020, al ser menor que 0.05 se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, es decir existe asociación estadísticamente significativa entre la participación de la enfermera en asuntos del hospital con la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 2. Análisis de asociación entre la participación de la enfermera en asuntos del hospital y la CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020.

Participación de la enfermera en asuntos del hospital	Cultura de Seguridad del Paciente							
	Negativo		Incierto		Positivo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
En desacuerdo	5	62,5	15	31,3	4	13,8	24	28,2
De acuerdo	3	37,5	33	68,7	25	86,2	61	71,8
Total	8	100,0	48	100,0	29	100,0	85	100,0
Chi-Cuadrado	7,836		P valor		< 0,020			

Prueba de Chi-cuadrado de Pearson

Al respecto de la asociación de la dimensión los fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020 se encontró un valor p de 0.001, al ser menor que 0.05 se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, es decir existe asociación estadísticamente significativa entre los fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado con la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 3. Análisis de asociación entre los fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado y la CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020.

Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado	Cultura de Seguridad del Paciente							
	Negativo		Incierto		Positivo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
En desacuerdo	7	87,5	16	33,3	2	6,9	25	29,4
De acuerdo	1	12,5	32	66,7	27	93,1	60	70,6
Total	8	100,0	48	100,0	29	100,0	85	100,0
Chi Cuadrado	20,439		P valor		< 0,001			

Prueba de Chi-cuadrado de Pearson

Conforme con la asociación de la dimensión la capacidad, liderazgo y apoyo de las enfermeras gestoras con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020 se encontró un valor p de 0.001, al ser menor que 0.05 se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, es decir existe asociación estadísticamente significativa entre la capacidad, liderazgo y apoyo de las enfermeras gestoras con la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 4. Análisis de asociación entre la capacidad, liderazgo y apoyo de las enfermeras gestoras y la CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020.

Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de las enfermeras gestoras	Cultura de Seguridad del Paciente							
	Negativo		Incierto		Positivo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
En desacuerdo	8	100,0	26	54,2	5	17,2	39	45,9
De acuerdo	0	0,0	22	45,8	24	82,8	46	54,1
Total	8	100,0	48	100,0	29	100,0	85	100,0
Chi-Cuadrado		20,343	P valor		< 0,001			

Prueba de Chi-cuadrado de Pearson

De acuerdo con la asociación de la dimensión la dotación de personal y adecuación de recursos con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020 se encontró un valor p de 0.002, al ser menor que 0.05 se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, es decir existe asociación estadísticamente significativa entre la dotación de personal y adecuación de recursos con la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 5. Análisis de asociación entre la dotación de personal y adecuación de recursos y la CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020.

Cultura de Seguridad del Paciente								
Dotación de personal y adecuación de los recursos	Negativo		Incierto		Positivo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
En desacuerdo	8	100,0	38	79,2	14	48,3	60	70,6
De acuerdo	0	0,0	10	20,8	15	51,7	25	29,4
Total	8	100,0	48	100,0	29	100,0	85	100,0
Chi Cuadrado	11,989		P valor		< 0,002			

Prueba de Chi-cuadrado de Pearson

Acerca de la asociación de la dimensión relación médico-enfermera con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020 se encontró un valor p de 0.001, al ser menor que 0.001 se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, es decir existe asociación estadísticamente significativa entre la relación médico-enfermera con la cultura de seguridad del paciente.

Tabla 6. Análisis de asociación entre la relación médico-enfermera y la CSP en enfermeras que laboran en áreas críticas de instituciones de salud en Lima-Metropolitana en el año 2020.

Relación médicos-enfermeras	Cultura de Seguridad del Paciente							
	Negativo		Incierto		Positivo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
En desacuerdo	7	87,5	25	52,1	4	13,8	36	42,4
De acuerdo	1	12,5	23	47,9	25	86,2	49	57,6
Total	8	100,0	48	100,0	29	100,0	85	100,0
Chi-Cuadrado	18,228		P valor		< 0,001			

Prueba de Chi-cuadrado de Pearson

4.3. Análisis y discusión

El presente estudio determinó estadísticamente la asociación entre el Entorno de la Práctica de Enfermería (EPE) y la Cultura de Seguridad del Paciente (CSP), comprobando así la hipótesis general de investigación. Esto representa que las enfermeras que percibe una CSP positiva principalmente reportaron un EPE favorable; mientras que las enfermeras que perciben una CSP negativo en su mayoría manifiestan que laboran en un EPE desfavorable.

La asociación entre EPE y la CSP es fundamental para comprender cómo se pueden mejorar los estándares de cuidado y la SP en general. Están estrechamente relacionados y se refuerzan mutuamente. Al priorizar la mejora de ambas variables, se logra promover un ambiente de atención más seguro, con mayor índice de satisfacción laboral, con mejores resultados y centrado en el paciente.

Del mismo modo, EPE es considerado como predictor de la CSP, de acuerdo con la percepción del personal de enfermería (AL Ma'mari, Q. et al 2020). La complejidad de los sistemas de salud y la pandemia de COVID-19, confirmaron la necesidad de contar con entornos laborales saludables e implementar la CSP.

Además, con mejores entornos de trabajo para las enfermeras se tendría como resultado una CS más positiva y grados de seguridad más altos para los pacientes (Lake, E. et al., 2019). Establecimientos de salud con una CS apropiada promueven un entorno donde todos sus miembros se comunican sobre los errores, fomenta el trabajo interdisciplinario, asigna los recursos necesarios y promueven la capacitación continua (Aranaz, J. et al, 2017). Al respecto, estudios previos reportan que existe una correlación entre la CSP y el EPE (Paredes, O., 2021). Del mismo modo, Hayashi, R. et al. (2020) indica que ciertos factores que influyen el EPE como largas jornadas laborales, numerosos turnos noche y pocos días libres se asocian con una baja CSP.

En cuanto a los valores globales de las variables en estudio, los resultados alcanzados en relación con el EPE las enfermeras muestran un grado de percepción favorable, sin embargo, nos encontramos frente a un EPE mixto. Puesto, solo 2 dimensiones se clasificaron como completamente favorables (Lake, E. & Friese, C., 2006) e implica que existe una combinación de aspectos positivos como buena comunicación entre el personal, oportunidades para el desarrollo profesional y la capacitación continua; y negativos como la sobre carga laboral, escasez de personal y falta de participación del personal en la toma de decisiones. Por tanto, este resultado, puede ser una señal de que existen áreas de fortaleza que se pueden aprovechar y áreas a mejorar que necesitan ser abordadas.

Este hallazgo coincide con Mihdawi, Maha et al. (2020), pues el entorno laboral de enfermería en general es percibido por el personal como un ambiente favorable. En contraste, otro estudio realizado por Yanarico, D. et al. (2019), “reporta que el EPE como mixto, lo que deja en evidencia, que un entorno de trabajo mixto puede ser resultado de mejores o peores condiciones de trabajo, lo que significaría un riesgo para la seguridad de los pacientes”.

El EPE, puede facilitar u obstaculiza el ejercicio profesional, el cual es considerado como favorable cuando los enfermeros poseen autonomía, control sobre su entorno laboral y buenas relaciones con el equipo de salud (Neves, T. et al, 2018). “El estudio sobre el EPE ha cobrado protagonismo en la última década, en los que se refuerza la asociación entre entornos de práctica favorables, mejores resultados para los pacientes y los profesionales de enfermería” (De Oliveira Riboldi, C. et al, 2021).

Los EPE donde se brinda cuidado crítico constituyen un gran reto para el personal de salud por su diversidad y la fragilidad clínica de los pacientes, que implica altos riesgos al momento de la toma de decisiones sobre su condición de salud, por tanto, se relaciona directamente con la seguridad del paciente que surge como un pilar esencial en la calidad asistencial (Arteaga, G. et al., 2022).

Con relación a la variable CSP, obtuvo un valor global neutral en relación con la percepción los participantes, asimismo, solo 2 de las 10 dimensiones de esta variable fueron clasificadas como fortaleza, lo que representa que el personal de salud no toma en serio la CS, no son vigilantes y son complacientes. Es posible que exista una falta de consenso entre ellos en cuanto a la eficacia de las políticas y prácticas relacionadas con la seguridad del paciente. El personal puede no sentirse completamente seguro ni completamente inseguro en cuanto a la CSP en su lugar de trabajo.

Esto significaría que existe personal o procesos que corren el riesgo de presentar algún incidente, el cual podría perjudicar al paciente y al mismo tiempo al personal. Lo que concuerda con Peralta, Y. et al. (2021), pues la CSP en el servicio de Centro Quirúrgico también es neutral. Exponiendo la necesidad de implementar estrategias de mejora pues la ausencia de una CS pone en riesgo la integridad, salud y cuidado de los pacientes.

Además, Tello-García, M. et. al. (2023) reporta que la percepción de las enfermeras sobre la CSP en la mayoría de sus dimensiones carece de fortalezas. Ojeda Reyes, R. et al. (2021), evidencia que las enfermeras perciben la CSP como positiva, a pesar de ello, el porcentaje no es suficiente para ser denominada una fortaleza. En el Perú, solo el 21% de los participantes

evalúan el grado de seguridad del paciente como excelente o muy bueno (Arrieta, A. et al., 2019).

Asimismo, se identificó la asociación estadísticamente significativa entre la participación de la enfermera en asuntos del hospital con la CSP (P valor = $< 0,020$). Las enfermeras, desempeñan diversos roles paralelos al asistencial, como el de gestión; es su responsabilidad gestionar una atención y cuidado de calidad, fomentar la motivación de los enfermeros asistenciales y la satisfacción del paciente, promover el incremento de la capacitación continua, incrementar el trabajo en equipo e impulsar el cambio en respuesta a las necesidades organizacionales de mejora, lo cual se relaciona directamente con favorecer la instauración de una adecuada CSP (Ayuso-Murillo, D. et al., 2018). Este hallazgo también fue reportado por Mihdawi, M. et al. (2020) señalándola como una correlación positiva .

También, se determinó la asociación estadísticamente significativa entre los fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado con la CSP (P valor = $< 0,001$), lo que coincide con los hallazgos de otro estudio, que también reporta una correlación positiva (Mihdawi, M. et al. 2020). Mientras que la enfermera se aparta de los cuidados y se enfoca más en la gestión de recursos, su aporte específico a la organización se relaciona con su capacidad para identificar y solucionar la necesidad de cuidado de los pacientes (Ayuso-Murillo, D. et al., 2018). La seguridad es un componente fundamental de la calidad asistencial y a pesar de todos los esfuerzos dirigidos a garantizar, acrecentar la calidad y seguridad de la práctica clínica, los cuidados son una actividad implícita de riesgos y peligros potenciales dentro de la CSP (Aranaz, J. et al, 2017). De acuerdo con Nightingale, el entorno del paciente influye en su propio proceso de sanación y por ende la enfermera es responsable de reconocer y corregir aquellos factores influyentes (Sitzman, K. & Eichelberger, L., 2017).

Por otro lado, se precisó la asociación estadísticamente significativa entre la capacidad, liderazgo y apoyo de las enfermeras gestoras con la CSP (P valor = $< 0,001$), resultado que se relaciona con lo reportado por Mihdawi, M. et al. (2020), pues también informa una correlación positiva. El liderazgo en enfermería se traduce en la capacidad de inspirar confianza y el reconocimiento del equipo por la responsabilidad asumida, en tal sentido, la enfermera ejerce su liderazgo fortaleciendo la integración de todas las partes involucradas en el proceso del

cuidado con la única finalidad de garantizar así una cultura de seguridad (Yoder-Wise, P., 2019). En la actualidad, se demanda a las enfermeras una actitud creativa y resolutiva en relación con su quehacer diario, que las empodera de forma apropiada en el rol que desempeñan dentro de la organización a través del cuidado de calidad-holístico-igualitario (Sitzman, k. & Watson, J., 2018).

De igual modo, se establece la asociación estadísticamente significativa entre de la dotación de personal y adecuación de recursos con la CSP ($P_{\text{valor}} = < 0,002$), dicho hallazgo se interpreta como una asociación positiva de acuerdo con Mihdawi, M. et al. (2020). La dotación segura de personal requiere un número adecuado de enfermeras calificadas y con experiencia. No hacerlo podría generar eventos adversos en los pacientes, resultados nefastos, menor satisfacción del usuario y mayores tasas de mortalidad y morbilidad. (SPSC & ICN, 2019). El establecer un entorno de trabajo saludable es fundamental para la CSP, por otro lado, las limitaciones económicas, la escasez de personal, la estancia hospitalaria y las necesidades de atención del paciente que son cada vez más complejas, son factores que contribuyen a los desafíos inherentes a la creación y mantenimiento de modelos de gestión de personal que promuevan una dotación óptima para una atención segura del paciente (ANA, 2021).

Por último, se determinó la asociación estadísticamente significativa entre la relación médico-enfermera con la CSP ($P_{\text{valor}} = < 0,001$), lo que coincide con los hallazgos reportados por Mihdawi, M. et al. (2020), donde se confirma la correlación positiva entre las variables. La enfermería y la medicina han recorrido caminos evolutivos a lo largo de los años, pero la relación de colaboración es un fenómeno relativamente reciente derivado de la reforma de enfermería propuesta por Florence Nightingale (Jasemi, M. et al 2017). La colaboración interprofesional entre los miembros del equipo de salud se traduce en beneficioso para el paciente, a quien también se le involucra en la toma decisiones y se establece un puente de comunicación (Slusser, M. et al, 2018). Asimismo, de acuerdo con Sitzman, k. & Watson, J. (2018), en el futuro todos los profesionales de la salud tendrán que trabajar dentro de un marco compartido de relaciones basadas en el cuidado y la medicina, expandiendo así los puntos de vista de nuestra humanidad, incluyendo de forma más completa a las dimensiones espirituales del cuidado.

Con el presente trabajo se confirma la fuerte asociación entre EPE y CSP, esto quiere decir que las condiciones laborales del entorno, las características del establecimiento de salud y como se percibe la SP determinan la CSP. Un estudio realizado en 15 UCIs, evidencia que todas las dimensiones de la CSP obtuvieron una puntuación inferior y se consideran como oportunidades de mejora. Esto expone la necesidad de mejorar la CSP, que se convierta en una prioridad para todo el personal de salud y ser eje estratégico en el que deben centrarse a través de la implementación de un sistema de aprendizaje continuo (Tlili, M. et al., 2022). En otro estudio realizado en áreas emergencias y cuidados críticos coincide con lo reportado anteriormente pues en promedio general las dimensiones de la CSP se identifican como oportunidades de mejora y se refleja también que CSP no es una prioridad para dichos entornos (Fuseini, A. et al., 2023).

El COVID-19 expuso al personal de salud a una situación de estrés extremo, exigencia y emergencia social. El cuidado implicó cambios en las formas habituales de trabajo, que giraron en torno a: reorganización del espacio y del personal, equipos de protección personal, falta de evidencia para el tratamiento de COVID-19, lidiar con el miedo al contagio y la muerte a gran escala. Esta situación ha afectado profundamente al personal física, mental y emocionalmente (Montgomery, C. et al., 2021).

Además, trajo consigo una alta rotación de personal y excesivas horas de trabajo que influyeron en la función laboral del personal de salud y su capacidad de brindar cuidados a nivel asistencial (Wauters, M. et. al 2023). Los hospitales y clínicas locales superaron su capacidad de atención, de acuerdo con Kokudo, N., & Sugiyama, H. (2021), las áreas del hospital que excedieron su capacidad de atención durante la pandemia de COVID-19 fueron principalmente la Unidad de Cuidados Intensivos y la Emergencia. Lo que expuso al personal de salud a un entorno laboral con mayor sobrecarga de trabajo y puso en riesgo la seguridad de los pacientes.

CONCLUSIONES

1. El Entorno de la Práctica de Enfermería y la Cultura de Seguridad del Paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas, presentan una asociación estadísticamente significativa (P valor $< 0,001$). Lo que establece que las condiciones del entorno de la práctica enfermería determinan la cultura de seguridad del paciente.
2. La dimensión participación de la enfermera en asuntos del hospital y la CSP en las enfermeras que laboran en áreas críticas, reportan una asociación estadísticamente significativa (P valor $< 0,020$). Promover atención de calidad y entornos asistenciales adecuados para los enfermeros, favorece a la implementación de la cultura de seguridad.
3. La dimensión fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado y la CSP en las enfermeras que laboran en áreas críticas, indican una asociación estadísticamente significativa (P valor $< 0,001$). Identificar riesgos potenciales y garantizar la seguridad durante la práctica clínica son parte de una cultura de seguridad.
4. La dimensión capacidad, liderazgo y apoyo de las enfermeras gestoras, y la CSP en las enfermeras que laboran en áreas críticas, cuentan con una asociación estadísticamente significativa (P valor $< 0,001$). Enfermería se caracteriza por infundir confianza y su capacidad resolutoria se traduce en favorecer una cultura de seguridad.
5. La dimensión dotación de personal y adecuación de recursos, y la CSP en las enfermeras que laboran en áreas críticas, sostienen una asociación estadísticamente significativa (P valor $< 0,002$). La dotación adecuada de enfermeras disminuye eventos adversos y es fundamental para la implementación de la cultura de seguridad del paciente.
6. La dimensión relación médico-enfermera y la CSP en las enfermeras que laboran en áreas críticas, presentan una asociación estadísticamente significativa (P valor $< 0,001$). El trabajo en equipo multidisciplinario beneficia principalmente a los pacientes durante su proceso de recuperación.

RECOMENDACIONES

1. El Colegio de Enfermeros del Perú en coordinación con el Ministerio de Salud, son los responsables regular y garantizar que se brinden condiciones laborales saludables para las enfermeras de los sectores públicos, rurales y privados. La necesidad de implementar lineamientos y protocolos estandarizados es urgente, además, se deben favorecer espacios de capacitación continua con relación a la gestión de servicios de salud, liderazgo y comunicación interprofesional asertiva. Asimismo, prestar especial atención al número de enfermeras por paciente, pues mientras menor es el número mayor es el riesgo para los pacientes.
2. La dirección y las diferentes jefaturas de departamento de enfermería, tanto en hospitales como en clínicas, deben sumar esfuerzos que aseguren entornos de la práctica para enfermería saludables y del mismo modo objetivos organizacionales que prioricen la cultura de seguridad del paciente, pues tendrán un impacto positivo en la satisfacción del personal de enfermería y mejores resultados en los pacientes. Principalmente, en las áreas de mayor complejidad como las áreas críticas.
3. Las Escuelas Profesionales de Enfermería, deben realizar un análisis acerca de la formación académica, sobre todo en aquellas asignaturas que se relacionan con la seguridad del paciente y la gestión de la calidad, puesto que, de estos conocimientos adquiridos se desprenden la atención de calidad y la cultura de seguridad.
4. Desarrollar mayor investigación con relación a ambas variables, un análisis comparativo entre diferentes entornos de la práctica de enfermería para identificar cómo las variaciones en el ambiente laboral pueden influir en la cultura de seguridad del paciente. Comparar hospitales con altos y bajos índices de CSP para identificar las diferencias en sus EPE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arteaga, G. M., Bacu, L., & Franco, P. M. (2022). Patient Safety in the Critical Care Setting: Common Risks and Review of Evidence-Based Mitigation Strategies. In Contemporary Topics in Patient Safety-Volume 2. IntechOpen.
- Aiken, L. R. (1985). Three coefficients for analyzing the reliability and validity of ratings. Educational and Psychological Measurement, 45, 131-142.
- Almenyan, A. A., Albuduh, A., & Al-Abbas, F. (2021). Effect of nursing workload in intensive care units. Cureus, 13(1).
- Almeida, Í. L., Ramos, N. M., Andrade, Í. R., Carvalho, R. E., Silva, L. F., KP, S., & Oliveira, S. J. (2022). Theories used by nurses to promote patient safety practices: A scoping review. Journal of Nursing Education and Practice, 12(7).
- American Nurses Association. (2021). Nursing: Scope and Standards of Practice (4.^a ed.). Amer Nurses Assn.
- AHRQ, Nursing and Patient Safety. (2019). PSNet. Nursing and Patient Safety <https://psnet.ahrq.gov/primer/nursing-and-patient-safety>
- AHRQ PSNet Annual Perspective: Impact of the COVID-19 Pandemic on Patient Safety. Available online: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/ahrq-psnet-annual-perspective-impact-covid-19-pandemic-patient-safety#38>
- Agency for Healthcare Research and Quality (2019). Hospital Survey on Patient Safety Culture User's Guide. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality (2019). About TeamSTEPPS. <https://www.ahrq.gov/teamstepps/about-teamstepps/index.html>
- Agency for Healthcare Research and Quality (2019). Hospital Survey on Patient Safety Culture. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>

- Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. (2022). What Is Patient Safety Culture? <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>
- Araujo-Rosero, Omaira Lucely, Guerrero-Lasso, Paula Andrea, Matabanchoy-Tulcán, Sonia Maritza, & Bastidas-Jurado, Claudia Fernanda. (2021). Revisión sistemática: eventos adversos y gestión del talento humano en el contexto hospitalario latinoamericano. *Universidad y Salud*, 23(3, Suppl. 1), 351-365. Epub December 03, 2021. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.249>
- Ayuso-Murillo, D., & De Andrés Gimeno, B. (2018). Gestión de la calidad de cuidados de enfermería. Ediciones Díaz de Santos. Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com/lib/biblioumasp/detail.action?docID=5349708>
- Aranaz Andrés Jesús María. (2017). La gestión sanitaria orientada hacia la calidad y seguridad de los pacientes. Madrid Fundación Mapfre D.L.
- Burgener, A. M. (2020). Enhancing communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction. *The health care manager*, 39(3), 128-132.
- Ball, J. E., & Griffiths, P. (2022). Consensus Development Project (CDP): An overview of staffing for safe and effective nursing care. *Nursing Open*, 9(2), 872-879.
- Barry, R., Smith, A. C., & Brubaker, C. (2017). High-reliability Healthcare: Improving Patient Safety and Outcomes with Six Sigma. Health Administration Press.
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., Quentin, W., & World Health Organization. (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness, and implementation of different strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549280/>
- CDC - NCHS - National Center for Health Statistics. (2021). <https://www.cdc.gov/nchs/>

CDC (2022). Healthcare Workers: Work Stress & Mental Health
<https://www.cdc.gov/niosh/topics/healthcare/workstress.html>

Cardona Alzate, L. C. (2011). Validación de la versión en español del instrumento Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI o “Entorno laboral de la práctica de enfermería”) (Doctoral dissertation).

COVID-19: cronología de la actuación de la OMS (2022). Available online:
<https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

COMEXPERU - Sociedad de Comercio Exterior del Perú (2022). Situación Actual del Mercado de Salud Peruano. <https://www.comexperu.org.pe/articulo/situacion-actual-del-mercado-de-salud-peruano>

Cassiani, S. H. D. B., Munar Jimenez, E. F., Umpiérrez Ferreira, A., Peduzzi, M., & Leija Hernández, C. (2020). La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 44, e64. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.64>

Drinka, T. J., & Clark, P. G. (2016). Healthcare Teamwork: Interprofessional Practice and Education: Interprofessional Practice and Education. ABC-CLIO. https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=jSBADAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=healthcare+teamwork+second+edition&ots=3yGevqO5J&sig=yARvSgyPAOww8SvPwIRk3dhaiJI&redir_esc=y#v=onepage&q=healthcare%20teamwork%20second%20edition&f=false

De Leeuw, E. D. (1994). Computer assisted data collection, data quality and costs: a taxonomy and annotated bibliography. *Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de Méthodologie Sociologique*, 44(1), 60-72.

- De Oliveira Riboldi, C., Gasparino, R. C., Kreling, A., de Oliveira Jr, N. J., da Silveira Barbosa, A., & de Magalhaes, A. M. M. (2021). Environment of the professional Nursing practice in Latin American countries: a scoping review/Ambiente da pratica profissional de enfermagem em paises latino-americanos: scoping review Entorno de práctica profesional de enfermería en paises de América Latina: scoping review. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 20(1), NA-NA.
- De la Cruz Pérez, L. R., & Miranda, E. R. (2021). Clima organizacional y satisfacción laboral de las enfermeras de un centro quirúrgico de EsSalud, Lima 2017. *Revista Científica Ágora*, 8(2), 47-52. DOI:<https://doi.org/10.21679/arc.v8i2.218>
- Espejo, M. R. (2017). Estimación de la desviación estándar. *Estadística Española*, 59(192), 37-44.
- Fuseini, A. K. J., Teixeira da Costa, E. I. M., Matos, F. A. S. D., Merino-Godoy, M. D. L. A., & Nave, F. (2023). Patient-Safety Culture among Emergency and Critical Care Nurses in a Maternal and Child Department. In *Healthcare* (Vol. 11, No. 20, p. 2770). MDPI.
- Gilbert, H. A. (2020). Florence Nightingale's Environmental Theory and its influence on contemporary infection control. *Collegian*, 27(6), 626-633.
- Govindarajan, R. (2019). *Improving Patient Safety: Tools and Strategies for Quality Improvement*. CRC Press.
- Granel, N., Manresa-Domínguez, J. M., Watson, C. E., Gómez-Ibáñez, R., & Bernabeu-Tamayo, M. D. (2020). Nurses' perceptions of patient safety culture: a mixed-methods study. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1-9. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05441-w>
- Gea-Caballero, V., Castro-Sánchez, E., Juárez-Vela, R., Sarabia-Cobo, C., Díaz-Herrera, M. Á., & Martínez-Riera, J. R. (2018). Entorno de práctica profesional en enfermería. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 42, e48.

- Hernández-Sampieri, R., & Torres, C. P. M. (2018). Metodología de la investigación (Vol. 4). México^ eD. F DF: McGraw-Hill Interamericana.
- Huber, D. (2019). Gestión de los cuidados enfermeros y liderazgo. España: Elsevier Health Sciences.
- Hospital Survey on Patient Safety Culture. (2019). Agency for Healthcare Research and Quality. <https://www.ahrq.gov/sops/surveys/hospital/index.html>
- Hernández Cortina, A.; Scalan, J. & Caballero Muñoz, E. (2017). Investigación en enfermería: principios y métodos cuantitativos. Chile: Ediciones Universidad Finis Terrae.
- Ignatavicius, D. D., Workman, M. L., & Rebar, C. (2017). Medical-Surgical Nursing-E-Book: Concepts for Interprofessional Collaborative Care. Elsevier Health Sciences.
- Jasemi, M., Hassankhani, H., & Zamanzadeh, V. (2017). Effective factors on inter professional relationship between nurses and physicians. Medbiotech Journal, 1(03), 134-138. http://www.medbiotech.net/article_86996.html
- Konicki, T., & Miller, E. (2016). Use of a simulation intervention to examine differences in nursing students' hand hygiene knowledge, beliefs, and behaviors. Nurse Education Today, 45, 96-101.
- Kokudo, N., & Sugiyama, H. (2021). Hospital capacity during the COVID-19 pandemic. Global Health & Medicine, 3(2), 56-59.
- Kim, C.-W., Lee, S.-Y., Kang, J.-H., Park, B.-H., Park, S.-C., Park, H.-K., ... Jeong, B.-G. (2013). Application of Revised Nursing Work Index to Hospital Nurses of South Korea. Asian Nursing Research, 7(3), 128-135. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2013.07.003>

- Kim, K. J., Yoo, M. S., & Seo, E. J. (2018). Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian nursing research*, S1976-1317(17)30683-7. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>
- Lemus, J. D. Aragüez y Aroz, V. y Lucioni, M. C. (2019). Administración hospitalaria y de organización de Atención de la Salud. Corpus Editorial. Recuperado de <https://elibro.net/es/ereader/bibliouma/105480?page=30>.
- Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing & health*, 25(3), 176-188.
- Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D., French, R., Martin, B., Alexander, M., & McHugh, M. D. (2021). Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study. *BMJ open*, 11(12), e052899. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899>
- Luengo-Martínez, Carolina, Paravic-Klijn, Tatiana, & Burgos-Moreno, Mónica. (2021). Influencia de las condiciones de trabajo en la percepción de la calidad del cuidado de profesionales de enfermería. *Index de Enfermería*, 30(1-2), 29-33. Epub 25 de abril de 2022. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100008&lng=es&tlng=es.
- Lake, E. T., Sanders, J., Duan, R., Riman, K. A., Schoenauer, K. M., & Chen, Y. (2019). A meta-analysis of the associations between the nurse work environment in hospitals and 4 sets of outcomes. *Medical care*, 57(5), 353.
- Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing research*, 55(1), 1-9.

- Mihdawi, M., Al-Amer, R., Darwish, R., Randall, S., & Afaneh, T. (2020). The Influence of Nursing Work Environment on Patient Safety. *Workplace Health & Safety*, 2165079920901533.
- Morales, D. P. (2015). La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (39), vii-xiii.
- Molina, F. J., Rivera, P. T., Cardona, A., Restrepo, D. C., Monroy, O., Rodas, D., & Barrientos, J. G. (2018). Adverse events in critical care: Search and active detection through the Trigger Tool. *World Journal of Critical Care Medicine*, 7(1), 9.
- Ministerio de Salud - MINSA (2011). Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”.
- Ministerio de Salud (2002). Ley del Trabajo de la Enfermera (o). Ley N^º, 27669. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/255120-27669>
- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *Bmj*, 353.
- Montgomery, C. M., Humphreys, S., McCulloch, C., Docherty, A. B., Sturdy, S., & Pattison, N. (2021). Critical care work during COVID-19: a qualitative study of staff experiences in the UK. *BMJ open*, 11(5).
- Molina-Chailán, Pía Mabel, Muñoz-Coloma, Marisol, & Schlegel-San Martín, Giannina. (2019). Estrés laboral del Profesional de Enfermería en Unidades Críticas. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 65(256), 177-185. Epub 22 de marzo de 2021. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2019000300177&lng=es&tlng=es
- Montserrat Capella, D. (2017). Estudio de incidentes y Eventos Adversos en la atención ambulatoria en países de América Latina. <https://hdl.handle.net/11000/5148>

- Merino Soto, C., & Livia Segovia, J. (2009). Intervalos De Confianza Asimétricos Para El Índice La Validez De Contenido: Un Programa Visual Basic Para La V De Aiken. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 25(1), 169-171. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/71631>
- Nightingale, F. (1992). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Neves, T. M. A., Parreira, P. M. S. D., Graveto, J. M. G. N., Rodrigues, V. J. L., & Marôco Domingos, J. P. (2018). Practice environment scale of the nursing work index: Portuguese version and psychometric properties. *Journal of Nursing Management*, 26(7), 833-841
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Sistemas de notificación y aprendizaje sobre errores de medicación: el papel de los centros de farmacovigilancia. <https://www.paho.org/es/documentos/sistemas-notificacion-aprendizaje-sobre-errores-medicacion-papel-centros>
- Organización Pamericana de la Salud - OPS. (2021). Situación de la enfermería en la Región de las Américas. Recuperado 02 agosto, 2023 de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54534>
- Paredes OM. Seguridad del paciente y entorno de práctica de enfermería basada en la evidencia institución pública de la provincia Chubut en Argentina. *Sal. Cienc. T ec.* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcyt202113>
- Palmieri, P. A., Leyva-Moral, J. M., Camacho-Rodriguez, D. E., Granel-Gimenez, N., Ford, E. W., Mathieson, K. M., & Leafman, J. S. (2020). Hospital survey on patient safety culture (HSOPSC): a multi-method approach for target-language instrument translation, adaptation, and validation to improve the equivalence of meaning for cross-cultural research. *BMC nursing*, 19, 1-13.

- Reason, J. (1990). James Reason: Human Error. https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=james+reason+human+error&oq=james+reason+
- Riegel, F., Crossetti, M. D. G. O., Martini, J. G., & Nes, A. A. G. (2021). Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing. *Revista brasileira de enfermagem*, 74.
- Ruiz, A. R., & Salgado, J. G. (2015). Enfermería y seguridad clínica: ¿Cuál es el camino?. *Enferm Clin*, 25(4). <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wpcontent/uploads/2015/08/enfa.pdf>
- Reyes, G. E. (2015). *Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología* (2a. ed.). México. Editorial El Manual Moderno. Retrieved from <https://ebookcentral.proquest.com>
- Rocco, C., & Garrido, A. (2017). Seguridad del paciente y cultura de seguridad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(5), 785-795.
- Saudi Patient Safety Center & International Council of Nurses (2019). *Staffing Levels for Patient Safety and Workforce safety. SPSC and ICN White Paper*. Riyadh, Saudi Arabia, 2019. (Available at spsc.gov.sa and icn.ch) https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/WHITE%20PAPER%20on%20Nurse%20Staffing%20Levels%20For%20Patient%20Safety%20and%20Workforce%20Safety_1.pdf
- Sitzman, k & Watson, J (2018). *Caring science, Mindful practice* Sitzman, K. (2018). *Caring science, mindful practice: Implementing Watson's human caring theory*. Springer Publishing Company.
- Sitzman, K., & Eichelberger, L. (2017). *Understanding the Work of Nurse Theorists, a Creative Beginning*. (third Edition-Jones and Bartlett learning)
- Santillan, R. E., & Muñoz, S. T. (2020). Clima organizacional y Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería del Hospital de Jaén. *Revista Científica UNTRM*, 3(1), 1-7. DOI: <https://doi.org/10.25127/rcsh.20203.569>

- Slusser, M., Garcia, L., Reed, C., & Quinn McGinnis, P. (2018). Foundations of Interprofessional Collaborative Practice in Health Care - 1st Edition. Recuperado de <https://www.elsevier.com/books/foundations-of-interprofessional-collaborative-practice-in-health-care/slusser/978-0-323-46241-9>
- Silber, J. H., Rosenbaum, P. R., McHugh, M. D., Ludwig, J. M., Smith, H. L., Niknam, B. A., ... & Aiken, L. H. (2016). Comparison of the value of nursing work environments in hospitals across different levels of patient risk. *JAMA surgery*, 151(6), 527-536. doi: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.4908>
- Segredo Pérez, A. M., García Milian, A. J., León Cabrera, P., & Perdomo Victoria, I. (2017). Desarrollo organizacional, cultura organizacional y clima organizacional. Una aproximación conceptual. *Infodir (Revista de Información para la Dirección en Salud)*, 13(24), 86-99. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70797>
- Slawomirski, L., A. Auraen & N. Klazinga (2017), "The economics of patient safety: Strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level", *OECD Health Working Papers*, No. 96, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>.
- Tello-García, María, Pérez-Briones, Nancy Griselda, Torres-Fuentes, Brenda, Nuncio-Domínguez, José Luis, Pérez-Aguirre, Diana María, & Covarrubias-Solís, Irma Fabiola. (2023). Percepción del personal de enfermería sobre la cultura y seguridad del paciente. *Enfermería Global*, 22(70), 111-138. Epub 26 de junio de 2023. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.531691>
- Urrego, P. (2016). Entorno Laboral Saludable. Dirección de Desarrollo y Talento Humano - MINSAL. Colombia. Recuperado de 31 de enero de 2020 de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/entorno-laboral-saludable-incentivo-ths-final.pdf>

Vicent, C., & Amalberti, R. (2016). Seguridad del paciente. Estrategias para una asistencia sanitaria más segura. 1ª Ed. Madrid: Modus Laborandi SL.

World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean (2016) . Patient safety assessment manual: second edition, 2nd Ed.. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249569>

Wauters, M., Zamboni Berra, T., de Almeida Crispim, J., Arcêncio, R. A., & Cartagena-Ramos, D. (2023). Calidad de vida del personal de salud durante la pandemia de COVID-19: revisión exploratoria. Revista Panamericana de Salud Pública, 46, e30.

World Health Organization. (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343477?locale-attribute=es&>

World Health Organization: WHO. (2023). Seguridad del paciente. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety#:~:text=La%20seguridad%20del%20paciente%20se,causarles%20innecesariamente%20da%C3%B1os%20al%20atenderlos>

Watson, J. (2019). Enfermería: la filosofía y ciencia del cuidado. Boulder: Colorado. (EDICIÓN REVISADA) <https://www.watsoncaringscience.org/product/enfermeria-la-filosofia-y-ciencia-del-cuidado-edicion-revisada/>

World Health Organization - WHO (2020). COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. World Health Organization: WHO. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

World Health Organization: WHO. (2019). Patient safety. [www.who.int. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety)

World Health Organization. (2020). State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs, and leadership. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>

Yanarico, D., Balsanelli, A., Gasparino, R., & Bohomol, E. (2020). Clasificación y evaluación del entorno de la práctica profesional de los enfermeros en hospital universitario. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 28, e3376. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4339.3376>

Yoder-Wise, P. S. (2019). *Leading and managing in Nursing-E-Book* 7th ed. Elsevier Health Sciences. ISBN 978-0-323-44913-7 <https://www.elsevier.com/books/leading-and-managing-in-nursing/yoder-wise/978-0-323-44913-7>

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA	x
ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	xvii
ANEXO 3: INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	xviii
ANEXO 4: CUADRO DE EXPERTOS	xxiiv
ANEXO 5: MEDIDAS DE CONCORDANCIA – INDICE KAPPA	xxv
ANEXO 6: CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS	xxix
ANEXO 7: LIBRO DE CÓDIGOS	xxx
ANEXO 8: DATOS DEMOGRÁFICOS	xl

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE	METODOLOGÍA	POBLACIÓN	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
¿En qué medida el entorno de la práctica de enfermería se asocia con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas?	Determinar la asociación entre el entorno de la práctica de enfermería con la cultura de seguridad del paciente en enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020.	H ₁ Existe asociación entre el entorno de la práctica de enfermería con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020. H ₀ No existe asociación entre el entorno de la práctica de enfermería con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020.	Variable: PRACTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Dimensión 1: Participación de la enfermera en asuntos del hospital <u>Indicadores</u> 1. El personal de enfermería está involucrado en la gestión interna de la institución (juntas, comités de decisión.) 2. El personal de enfermería tiene la oportunidad de participar en la toma de decisiones relacionadas con las políticas que desarrolla la institución 3. Existen muchas oportunidades para el avance profesional del personal de enfermería 4. La dirección del hospital escucha y da respuesta a las inquietudes de sus empleados 5. La jefa de enfermeras es ampliamente visible y accesible al personal. 6. Se puede desarrollar una línea de carrera o hay oportunidades de ascenso en el área asistencial 7. Las enfermeras jefes consultan con el personal sobre los problemas y procedimientos cotidianos. 8. El personal de enfermería tiene la oportunidad de participar en los comités de apoyo del hospital y del departamento de enfermería (de investigación, de ética, de infecciones)	1.- Enfoque: Investigación Cuantitativa 2.- Método: Correlacional 3.- Corte: Transversal 4.- Diseño: No experimental	Unidad de Análisis: Enfermeras que trabajan en áreas críticas. Población: La población del estudio estuvo constituida por 85 enfermeras que laboran en áreas críticas.	Técnicas: -Encuesta Instrumentos: - Cuestionarios Escala para medir Entornos de la Práctica de Enfermería (Nursing Scale- Nursing Work Index PES – NWI), 31 ítems. Cuestionario sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales (Hospital Survey on Patient Safety culture version 2.0 – SOPS), 40 ítems.
	OBJETIVOS ESPECÍFICOS ●Identificar la asociación de la participación de la enfermera en asuntos del hospital con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020. ●Describir la asociación de los fundamentos de	Específicos: ●H ₁ La participación de la enfermera en asuntos del hospital se asocia con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que				

	enfermería para la calidad del cuidado con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020. ●Determinar la asociación de la capacidad, liderazgo y apoyo de las enfermeras gestoras con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020. ●Identificar la asociación de la dotación de personal y adecuación de recursos con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020.	laboran en áreas críticas, 2020. H₀ No existe asociación entre la participación de la enfermera en asuntos del hospital con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020. ●H₁ Los fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado se asocian con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020. H₀ No existe asociación entre los fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado influyen negativamente con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que	9. La jefa del departamento de enfermería cuenta con el mismo poder y autoridad que otros ejecutivos de alto nivel del hospital. Dimensión 2: Fundamentos de enfermería para la calidad del cuidado <u>Indicadores</u> 1. Se aplican los diagnósticos de enfermería 2. Se cuenta con un programa que garantiza la calidad 3. Se cuenta con un programa de entrenamiento para las enfermeras nuevas 4. El cuidado del paciente está basado en un modelo de enfermería, en vez que en un modelo médico 5. Los procedimientos relacionados al cuidado del paciente deben fomentar la continuidad del cuidado, es decir, la misma enfermera cuida al paciente a lo largo de los días. 6. Existe una clara filosofía de enfermería que proporciona un entorno de cuidado al paciente. 7. Se elaboran por escrito los planes de cuidado y se actualizan para todos los pacientes 8. La administración espera que los enfermeros proporcionen altos estándares de cuidado 9. Se desarrollan programas de formación continua para las enfermeras 10. Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes Dimensión 3: Capacidad, liderazgo y apoyo a las enfermeras por parte de las enfermeras gestoras <u>Indicadores</u> 1. La enfermera jefa de servicio es una buena gestora y líder			
--	--	---	--	--	--	--

	●Describir la asociación de la relación médico-enfermera con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020.	laboran en áreas críticas, 2020. ●H₁ La capacidad, liderazgo y apoyo de las enfermeras gestoras se asocia con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020. H₀ No existe asociación entre la capacidad, liderazgo y apoyo de las enfermeras gestoras con la cultura de seguridad del paciente en las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020. ●H₁ La dotación de personal y adecuación de recursos se asocia con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020.	2. La enfermera jefa de servicio/supervisora respalda al personal de enfermería en la toma de decisiones, incluso si el conflicto es con un médico. 3. La enfermera supervisora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje, y no como crítica 4. La enfermera supervisora brinda apoyo a las enfermeras 5. Se reconoce y elogia al personal por el trabajo bien hecho Dimensión 4: Dotación de personal y adecuación de los recursos <u>Indicadores</u> 1. Se cuenta con el suficiente personal para realizar adecuadamente el trabajo 2. Se cuenta con el suficiente número de enfermeras para brindar cuidados de calidad 3. Los servicios de apoyo (administrativos, vigilancia...) son adecuados y permiten dedicarle más tiempo a los pacientes. 4. Se cuenta con la oportunidad y el tiempo para discutir los problemas relacionados al cuidado del paciente con otras enfermeras. Dimensión 5: Relación médicos-enfermeras <u>Indicadores</u> 1. Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras 2. Médicos y enfermeras mantienen buenas relaciones laborales 3. El ejercicio profesional entre enfermeras y médicos está basado en una colaboración apropiada			
--	---	--	--	--	--	--

		H₀ No existe asociación entre la dotación de personal y adecuación de recursos con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020. ●H₁ La relación médico-enfermera se asocia con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020. H₀ No existe asociación entre la relación médico-enfermera con la cultura de seguridad del paciente de las enfermeras que laboran en áreas críticas, 2020.	Variable: CULTURA SEGURIDAD DEL PACIENTE Dimensión 1: Trabajo en equipo <u>Indicadores</u> 1. (A1) En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente. 2. (A8) Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente. 3. (A9) Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad. (Redactado en negación) Dimensión 2: Dotación de personal y ritmo de trabajo <u>Indicadores</u> 1. (A2) En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo. 2. (A3) El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente. (redactado en negación) 3. (A5) Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN. (redactado en negación) 4. (A11) El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente. (redactado en negación) Dimensión 3: Aprendizaje organizacional—Mejoras continuas <u>Indicadores</u>			
--	--	--	---	--	--	--

		1. (A4) Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente. 2. (A12) En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron. 3. (A14) Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo. (redactado en negación) Dimensión 4: Respuesta a los errores <u>Indicadores</u> 1. (A6) En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra. (redactado en negación) 2. (A7) Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema. (redactado en negación) 3. (A10) Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa. 4. (A13) En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente. (redactado en negación) Dimensión 5: Apoyo que dan los supervisores, directores o jefes clínicos para la seguridad del paciente <u>Indicadores</u> 1. (B1) Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente.			
--	--	---	--	--	--

			2. (B2) Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente. (redactado en negación) 3. (B3) Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente. Dimensión 6: Comunicación sobre los errores <u>Indicadores</u> 1. (C1) Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad. 2. (C2) Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir. 3. (C3) En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos. Dimensión 7: Comunicación y receptividad <u>Indicadores</u> 1. (C4) En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente. 2. (C5) Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice. 3. (C6) Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente.			
--	--	--	---	--	--	--

		4. (C7) En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien. (redactado en negación) Dimensión 8: Informar eventos relacionados con la seguridad del paciente <u>Indicadores</u> 1. (D1) ¿Cuándo se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente, ¿con qué frecuencia se reporta? 2. (D2) ¿Cuándo un error afecta al paciente y pudo haberle causado daño, pero no fue así, ¿con qué frecuencia se reporta? Dimensión 9: Apoyo que dan los administradores para la seguridad del paciente <u>Indicadores</u> 1. (F1) Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal. 2. (F2) La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente. 3. (F3) La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso. (redactado en negación) Dimensión 10: Transferencias e Intercambio de información <u>Indicadores</u> 1. (F4) Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante. (redactado en negación) 2. (F5) Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente. (redactado en negación) 3. (F6) Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente.			
--	--	--	--	--	--

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FORMULARIO WEB

De acuerdo con el requerimiento de titulación de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, hemos presentado el estudio titulado: "Asociación del Entorno de la Práctica de Enfermería y la Cultura de Seguridad del Paciente en enfermeras que laboran en áreas críticas"

Propósito del estudio: Estimado participante, estamos realizando un estudio que tiene como objetivo determinar la asociación del entorno de práctica de enfermería y la Cultura de Seguridad del Paciente en enfermeras que laboran en áreas críticas.

Procedimientos: Si decides participar en este estudio, tendrás que completar una encuesta en línea que consta de alrededor de 60 preguntas, con una duración aproximada de 30 minutos. En esta encuesta aportarás información como datos generales, preguntas que evalúan el entorno de la práctica de enfermería y la cultura de seguridad del paciente. Es importante destacar que el formulario NO RECOGE datos personales que permitan la identificación de los participantes, solo se requiere que indiques un correo electrónico porque solo puedes contestar la encuesta una vez.

Riesgos: No hay riesgos reales para usted, ya que no estará expuesto al contacto con otra persona fuera de su hogar. El correo electrónico desde el que respondió a la encuesta será reemplazado por códigos asignados por el administrador de la base de datos y con acceso restringido solo a investigadores para que no pueda ser identificado.

Beneficios: No hay un beneficio directo de su participación, sin embargo, con la información obtenida del estudio, las enfermeras pueden beneficiarse al obtener información sobre la importancia de los ambientes de trabajo seguros para brindar cuidados en una cultura de seguridad. Además, los resultados pueden ayudar a otros investigadores a desarrollar intervenciones específicas en grupos similares.

Costos e indemnizaciones: Participar en este estudio no tiene ningún costo para usted; tampoco recibirá ningún incentivo o compensación económica.

Confidencialidad: Toda la información que proporcione se considera confidencial, por lo que se guardará mediante un código y no contendrá ningún dato que pueda vincularse a sus respuestas. Cualquier publicación resultante del estudio será en forma consolidada y no respuestas individuales, de modo que nadie pueda identificar a las personas que participaron en el estudio.

Derechos del participante: Su participación es voluntaria, si decide dejar de participar en el estudio puede retirarse en cualquier momento, para lo cual deberá enviar un correo electrónico al investigador principal Lic. Nataly Membrillo Pillpe al e-mail: n.membrillo.pillpe@gmail.com

Al hacer clic en "Siguiendo", usted indica que es una enfermera registrada, que ha leído este formulario de consentimiento y que está de acuerdo en participar en este estudio.

Muchas gracias.

ANEXO 3: INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

a. CUESTIONARIO SOBRE LA CULTURA DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN LOS HOSPITALES (VERSIÓN 2.0)

SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. En esta unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
2. En esta unidad, tenemos suficiente personal para hacer todo el trabajo	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
3. El personal en esta unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.....	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
4. Esta unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
5. Esta unidad depende demasiado de personal temporal, flotante o PRN	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
6. En esta unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
7. Cuando se reporta un incidente en esta unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.....	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
8. Cuando hay mucho trabajo, el personal en esta unidad se ayuda mutuamente.....	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
9. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en esta unidad...	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
10. Cuando el personal comete errores, esta unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa.....	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅
11. El ritmo de trabajo en esta unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

SECCIÓN A: Su unidad/área de trabajo (continuación)

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Muy en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
12. En esta unidad, los cambios para mejorar la seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13. En esta unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14. Esta unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SECCIÓN B: Su supervisor, director o jefe clínico

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su supervisor inmediato, director o jefe clínico?

	Muy en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Mi supervisor, director o jefe clínico considera seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Mi supervisor, director o jefe clínico quiere que trabajemos más rápido durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. Mi supervisor, director o jefe clínico toma medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SECCIÓN C: Comunicación

¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su unidad/área de trabajo?

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Se nos informa sobre los errores que se cometen en esta unidad.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Cuando se cometen errores en esta unidad, hablamos sobre las maneras para evitar que vuelvan a ocurrir.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. En esta unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. En esta unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Cuando el personal en esta unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Cuando el personal de esta unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7. En esta unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando algo no parece estar bien.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente

Piense en su unidad/área de trabajo:	Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mayoría del tiempo	Siempre
1. Cuando <u>se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente</u> , ¿con qué frecuencia se reporta?.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. Cuando un error afecta al paciente y <u>pudo haberle causado daño, pero no fue así</u> , ¿con qué frecuencia se reporta?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SECCIÓN D: Reportar eventos de seguridad del paciente (continuación)

3. En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?

- ☐ a. Ninguno
☐ b. 1 a 2
☐ c. 3 a 5
☐ d. 6 a 10
☐ e. 11 o más

SECCIÓN E: Calificación de la seguridad del paciente

1. ¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su unidad/área de trabajo?

- | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Mala | Regular | Buena | Muy Buena | Excelente |
| ▼ | ▼ | ▼ | ▼ | ▼ |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 |

SECCIÓN F: Su hospital

¿Qué tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con las siguientes afirmaciones sobre su hospital?

Piense en su hospital:	Muy en desacuerdo	En Desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Las acciones de la administración de este hospital muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
2. La administración del hospital proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
3. La administración del hospital parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso ...	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
4. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
5. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

SECCIÓN G: Preguntas generales

1. ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este hospital?

- ☐a. Menos de 1 año
- ☐b. De 1 a 5 años
- ☐c. De 6 a 10 años
- ☐d. 11 o más años

2. En este hospital, ¿cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?

- ☐a. Menos de 1 año
- ☐b. De 1 a 5 años
- ☐c. De 6 a 10 años
- ☐d. 11 o más años

3. Típicamente, ¿cuántas horas a la semana trabaja usted en este hospital?

- ☐a. Menos de 30 horas a la semana
- ☐b. De 30 a 40 horas a la semana
- ☐c. Más de 40 horas a la semana

4. En su cargo, ¿típicamente tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?

- ☐a. SÍ, típicamente tengo interacción o contacto directo con los pacientes.
- ☐b. NO, típicamente NO tengo interacción ni contacto directo con los pacientes.

SECCIÓN H: Sus comentarios

Por favor no dude en anotar cualquier comentario que tenga sobre cómo se hace o podría hacer el trabajo en su hospital que podría influir en la seguridad del paciente.

Gracias por completar este cuestionario.

b. ESCALA PARA MEDIR ENTORNOS DE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA (PES – NWI)

Indique con un aspa (x) según corresponda las siguientes afirmaciones sobre su entorno laboral; teniendo en cuenta que 1 está totalmente en desacuerdo y 4 significa que está absolutamente de acuerdo con el enunciado.

	1	2	3	4
	Totalmente en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	Completamente de acuerdo
1	Los servicios de apoyo (administrativos, vigilancia...) son adecuados y permiten dedicarle más tiempo a los pacientes.	1	2	3
2	Médicos y enfermeras mantienen buenas relaciones laborales	1	2	3
3	La enfermera supervisora brinda apoyo a las enfermeras	1	2	3
4	Se desarrollan programas de formación continua para las enfermeras	1	2	3
5	Se puede desarrollar una línea de carrera o hay oportunidades de ascenso en el área asistencial	1	2	3
6	El personal de enfermería tiene la oportunidad de participar en la toma de decisiones relacionadas con las políticas que desarrolla la institución	1	2	3
7	La enfermera supervisora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje; y no como crítica	1	2	3
8	Se cuenta con la oportunidad y el tiempo para discutir los problemas relacionados al cuidado del paciente con otras enfermeras.	1	2	3
9	Se cuenta con el suficiente número de enfermeras para brindar cuidados de calidad	1	2	3
10	La enfermera jefa de servicio es una buena gestora y líder	1	2	3
11	La jefa de enfermeras es ampliamente visible y accesible al personal.	1	2	3
12	Se cuenta con el suficiente personal para realizar adecuadamente el trabajo	1	2	3
13	Se reconoce y elogia al personal por el trabajo bien hecho	1	2	3
14	La administración espera que los enfermeros proporcionen altos estándares de cuidado	1	2	3
15	La jefa del departamento de enfermería cuenta con el mismo poder y autoridad que otros ejecutivos de alto nivel del hospital.	1	2	3
16	Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras	1	2	3
17	Existen muchas oportunidades para el avance profesional del personal de enfermería	1	2	3
18	Existe una clara filosofía de enfermería que proporciona un entorno de cuidado al paciente.	1	2	3
19	Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes	1	2	3
20	La enfermera jefa de servicio/supervisora respalda al personal de enfermería en la toma de decisiones, incluso si el conflicto es con un médico.	1	2	3
21	La dirección del hospital escucha y da respuesta a las inquietudes de sus empleados	1	2	3
22	Se cuenta con un programa que garantiza la calidad	1	2	3
23	El personal de enfermería está involucrado en la gestión interna de la institución (juntas, comités de decisión.)	1	2	3
24	El ejercicio profesional entre enfermeras y médicos está basado en una colaboración apropiada	1	2	3
25	Se cuenta con un programa de entrenamiento para las enfermeras nuevas	1	2	3
26	El cuidado del paciente está basado en un modelo de enfermería, en vez que en un modelo médico	1	2	3
27	El personal de enfermería tiene la oportunidad de participar en los comités de apoyo del hospital y del departamento de enfermería (de investigación, de ética, de infecciones)	1	2	3
28	Las enfermeras jefes consultan con el personal sobre los problemas y procedimientos cotidianos.	1	2	3
29	Se elaboran por escrito los planes de cuidado y se actualizan para todos los pacientes	1	2	3
30	Los procedimientos relacionados al cuidado del paciente deben fomentar la continuidad del cuidado, es decir, la misma enfermera cuida al paciente a lo largo de los días.	1	2	3
31	Se aplican los diagnósticos de enfermería	1	2	3

ANEXO 4: CUADRO DE EXPERTOS

Presentación de los jueces expertos del tema

N.º EXPERTO	DATOS PERSONALES	GRADO ACADÉMICO
EXPERTO 1	ERIKA MARIA DEL CARMEN BENAVIDES SILVA DNI: 21463499	Lic. en Enfermería Especialista en Emergencias y Desastres Mg. en Gestión de los Servicios de la Salud
EXPERTO 2	ILSE FERNANDEZ HONORIO DNI: 23955604	Lic. en Enfermería Mg. en Investigación en Servicios de salud Dra. en Salud Publica
EXPERTO 3	GIL CABANILLAS LETICIA DNI 08600458	Lic. en Enfermería Mg. en Enfermería con mención en Docencia Auditor en Salud Dra. en Educación
EXPERTO 4	YESSIKA MADELAINE ABARCA ARIAS DNI: 10824353	Lic. en Enfermería Especialista en Cuidados Intensivos Mg. en Salud Publica con mención en Gerencia Dra. en ciencias: Salud Publica
EXPERTO 5	ERIKA MELISSA ANGULO ANGULO	Lic. en Enfermería Mg. en Salud Publica MBA Liderazgo Estratégico en un Mundo Global
EXPERTO 6	DORIS BERTHA GONZALES CARHUAJULCA DNI: 44008568	Lic. en Enfermería Mg. en Enfermería Dra. en Ciencias de Enfermería
EXPERTO 7	CARLOS GAMARRA BUSTILLOS DNI: 04015847	Lic. en Enfermería Especialista en Enfermería en Pediatria Mg. en Educación, Gestión y Planeamiento Educativo Dr. en Salud Publica

ANEXO 5: MEDIDAS DE CONCORDANCIA – INDICE KAPPA

a. Cultura de Seguridad del Paciente

			OBSERVADORES						
		ASPECTOS A CONSIDERAR	1	2	3	4	5	6	7
OBSERVACIONES	1	El instrumento propuesto responde al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1
	2	Las instrucciones son claras y orientan al desarrollo del instrumento.	1	1	1	0	1	1	1
	3	Las preguntas o ítems permitirán lograr los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	1
	4	Las preguntas o ítems responden a la operacionalización de las variables.	1	1	1	1	1	1	1
	5	El número de preguntas o ítems es adecuado.	1	1	1	1	1	1	1
	6	Las preguntas o ítems están redactados en forma clara y entendible para la población en estudio.	1	1	1	1	1	1	1
	7	Eliminaría alguna pregunta o ítem.	0	0	0	1	0	0	0
		Proporción de respuestas positivas =>	0.857	0.857	0.857	0.857	0.857	0.857	0.857
			0.143	0.143	0.143	0.143	0.143	0.143	0.143

CATEGORÍAS:	
SI	1
NO	0

Notaciones:

J: Número de observadores

X_{ik} : Número de observadores que clasifican la observación "i" en la categoría "k"

Para determinar el valor observado:

	7	0
	6	1
	7	0
	7	0
	7	0
	7	0
la matriz		
$X_{ik} =$	1	6

$$P_0 = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \frac{\sum_{k=1}^K X_{ik}(X_{ik} - 1)}{J(J - 1)} = \frac{\sum_{i=1}^N \sum_{k=1}^K X_{ik}(X_{ik} - 1)}{NJ(J - 1)} = \frac{1}{NJ(J - 1)} \left[\sum_{i=1}^N \sum_{k=1}^K X_{ik}^2 - NJ \right]$$

Remplazando los valores en la formula:

Suma de Cuadrados

de $X_{ik} = 319$

$N = 7$

$J = 7$

$P_0 =$	0.918367347
---------	-------------

Para determinar el valor esperado:

Reemplazando los valores de $P_j(k)$ en la formula:

$$P_e = \frac{2}{J(J-1)} \sum_{m>l}^J \sum_{l=1}^J \sum_{k=1}^K P_j(k) P_m(k)$$

$P_1(1)$	$P_2(1)$	$P_3(1)$	$P_4(1)$
0.462	0.462	0.462	0.462
$P_1(2)$	$P_2(2)$	$P_3(2)$	$P_4(2)$
0.538	0.538	0.538	0.538

$$\sum_{m>l}^J \sum_{l=1}^J \sum_{k=1}^K P_j(k) P_m(k)$$

$$= 3.017751479$$

$$P_e = \frac{2}{J(J-1)} \sum_{m>l}^J \sum_{l=1}^J \sum_{k=1}^K P_j(k) P_m(k)$$

$$= 0.50295858$$

$$K = \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e}$$

$$= 83.576\%$$

Fuerza de la concordancia :

Concordancia Perfecta

b. Entorno de la Practica de Enfermería

		OBSERVADORES						
	ASPECTOS A CONSIDERAR	1	2	3	4	5	6	7
OBSERVACIONES	1 El instrumento propuesto responde al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1
	2 Las instrucciones son claras y orientan al desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1
	3 Las preguntas o ítems permitirán lograr los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	1	1
	4 Las preguntas o ítems responden a la operacionalización de las variables.	1	1	1	1	1	1	1
	5 El número de preguntas o ítems es adecuado.	1	1	1	1	1	1	1
	6 Las preguntas o ítems están redactados en forma clara y entendible para la población en estudio.	1	1	1	1	1	1	1
	7 Eliminaría alguna pregunta o ítem.	1	0	0	0	0	1	0
	proporción de respuestas positivas =>	1.000	0.857	0.857	0.857	0.857	1.000	0.857
		0.000	0.143	0.143	0.143	0.143	0.000	0.143

CATEGORÍAS:	
SI	1
NO	0

Notaciones:

J: Número de observadores

X_{ik}: Número de observadores que clasifican la observación "i" en la categoría "k"

Para determinar el valor observado:

Se la matriz X_{ik}

$$= \begin{pmatrix} 7 & 0 \\ 7 & 0 \\ 7 & 0 \\ 7 & 0 \\ 7 & 0 \\ 7 & 0 \\ 2 & 5 \end{pmatrix}$$

$$P_0 = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N \frac{\sum_{k=1}^K X_{ik}(X_{ik} - 1)}{J(J - 1)} = \frac{\sum_{i=1}^N \sum_{k=1}^K X_{ik}(X_{ik} - 1)}{NJ(J - 1)} = \frac{1}{NJ(J - 1)} \left[\sum_{i=1}^N \sum_{k=1}^K X_{ik}^2 - NJ \right]$$

Remplazando los valores en la formula:

$$\begin{aligned} \text{Suma de} \\ \text{Cuadrados de} \\ X_{ik} &= 323 \\ N &= 7 \\ J &= 7 \end{aligned}$$

$$P_0 = 0.931972789$$

Para determinar el valor esperado:

Reemplazando los valores de $P_j(k)$ en la formula:

$$P_e = \frac{2}{J(J-1)} \sum_{m>l}^J \sum_{l=1}^J \sum_{k=1}^K P_j(k) P_m(k)$$

$P_1(1)$	$P_2(1)$	$P_3(1)$	$P_4(1)$
0.538	0.462	0.462	0.462
$P_1(2)$	$P_2(2)$	$P_3(2)$	$P_4(2)$
0.462	0.538	0.538	0.538

$$\sum_{m>l}^J \sum_{l=1}^J \sum_{k=1}^K P_j(k) P_m(k)$$

$$= 3$$

$$P_e = \frac{2}{J(J-1)} \sum_{m>l}^J \sum_{l=1}^J \sum_{k=1}^K P_j(k) P_m(k)$$

$$= 0.5$$

$$K = \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e}$$

$$= 86.395\%$$

Fuerza de la concordancia :

Concordancia Perfecta

ANEXO 6: CONFIABILIDAD DE LAS ESCALAS

- 1) La escala para medir Entornos de la Práctica de Enfermería (Nursing Practice Scale-Nursing Work Index PES – NWI) fue validada por Cardona Alzate, L. (2011), en población hispana con una adecuada consistencia interna determinada por un coeficiente alfa de Cronbach de 0,89.

- 2) La Encuesta sobre la Cultura de Seguridad del Paciente en los Hospitales (Hospital Survey on Patient Safety Culture) escala fue adaptada y validada por Palmieri, P. et al. (2020), un estudio transcultural para población peruana con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,86.

ANEXO 7: LIBRO DE CODIGOS

No PREGUNTA	ETIQUETA	VALOR	CODIGO
GEN	GENERO	Mujer	1
		Hombre	2
EDAD	EDAD	18 -24 AÑOS	1
		25 -34 AÑOS	2
		35 -44 AÑOS	3
		45 -54 AÑOS	4
		55 -64 AÑOS	5
		MAS DE 64 AÑOS	6
L_TRABAJO	Lugar en que labora	Hospital	1
		Clínica	2
		Centro o puesto de salud	3
		Hospital - FFAA	4
		Universidad	5
TIEMPO DE SERVICIO	¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en este establecimiento de salud?	Menos de 1 año	1
		De 1 a 4 años	2
		De 5 a 9 años	3
		De 10 a 14 años	4
		15 o más años	5
A_LABORA	En qué área labora	Audiometría	1
		Auditoria	2
		Cardiología	3
		Centro Quirúrgico	4
		Consulta externa	5
		Consultorio de ginecología	6
		CRED	7
		Docente	8
		Emergencia	9
		Epidemiología	10
		Gastroenterología	11
		Gestión de la Salud	12
		Hospitalización	13
		Infectología	14
		Inmunizaciones	15
		Nefrología	16
		Neonatología	17
		Oncología	18
		PADOMI	19
		PCT	20
		Pediatría	21
		Salud mental	22

		Salud ocupacional	23
		Terapias Holísticas	24
		Tópico	25
		UCI	26
TIEMPO EN EL AREA	En este establecimiento, ¿Cuánto tiempo lleva usted trabajando en su unidad/área de trabajo actual?	Menos de 1 año	1
		De 1 a 4 años	2
		De 5 a 9 años	3
		De 10 a 14 años	4
		15 o más años	5
HRS DE TRAB POR SEMANA	Usualmente, ¿Cuántas horas a la SEMANA trabaja usted en este establecimiento de salud?	Menos de 20 horas	1
		De 20 a 29 horas	2
		De 30 a 39 horas	3
		Más de 40 horas	4
AREA CRITICA O NO	AREA CRITICA O NO	SI	1
		NO	2
P1_D1	1. El personal de enfermería está involucrado en la gestión interna de la institución (juntas, comités de decisión).	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P2_D1	2. El personal de enfermería tiene la oportunidad de participar en la toma de decisiones relacionadas con las políticas que desarrolla la institución.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P3_D1	3. Existen muchas oportunidades para el avance profesional del personal de enfermería.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P4_D1	4. La dirección del hospital escucha y da respuesta a las inquietudes de sus empleados.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P5_D1	5. La jefa de enfermeras es ampliamente visible y accesible al personal.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P6_D1	6. Se puede desarrollar una línea de carrera o hay oportunidades de ascenso en el área asistencial.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P7_D1	7. Las enfermeras jefes consultan con el personal sobre los problemas y	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2

	procedimientos cotidianos.	De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P8_D1	8. El personal de enfermería tiene la oportunidad de participar en los comités de apoyo del hospital y del departamento de enfermería (de investigación, de ética, de infecciones).	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P9_D1	9. La jefa del departamento de enfermería cuenta con el mismo poder y autoridad que otros ejecutivos de alto nivel del hospital.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P10_D2	22. Se aplican los diagnósticos de enfermería.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P11_D2	23. Se cuenta con un programa que garantiza la calidad.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P12_D2	24. Se cuenta con un programa de entrenamiento para las enfermeras nuevas.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P13_D2	25. El cuidado del paciente está basado en un modelo de enfermería, en vez que en un modelo médico.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P14_D2	26. Los procedimientos relacionados al cuidado del paciente deben fomentar la continuidad del cuidado, es decir, la misma enfermera cuida al paciente a lo largo de los días.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P15_D2	27. Existe una clara filosofía de enfermería que proporciona un entorno de cuidado al paciente.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P16_D2	28. Se elaboran por escrito los planes de cuidado y se actualizan para todos los pacientes.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4

P17_D2	29. La administración espera que los enfermeros proporcionen altos estándares de cuidado.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P18_D2	30. Se desarrollan programas de formación continua para las enfermeras.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P19_D2	31. Se trabaja con enfermeras clínicamente competentes.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P20_D3	10. La enfermera jefa de servicio es una buena gestora y líder.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P21_D3	11. La enfermera jefa de servicio/supervisora respalda al personal de enfermería en la toma de decisiones, incluso si el conflicto es con un médico.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P22_D3	12. La enfermera supervisora utiliza los errores como oportunidades de aprendizaje, y no como crítica.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P23_D3	13. La enfermera supervisora brinda apoyo a las enfermeras.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P24_D3	14. Se reconoce y elogia al personal por el trabajo bien hecho.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P25_D4	15. Se cuenta con el suficiente personal para realizar adecuadamente el trabajo.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P26_D4	16. Se cuenta con el suficiente número de enfermeras para brindar cuidados de calidad.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4

P27_D4	17. Los servicios de apoyo (administrativos, vigilancia...) son adecuados y permiten dedicarle más tiempo a los pacientes.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P28_D4	18. Se cuenta con la oportunidad y el tiempo para discutir los problemas relacionados al cuidado del paciente con otras enfermeras.	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P29_D5	19. Se realiza mucho trabajo en equipo entre médicos y enfermeras	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P30_D5	20. Médicos y enfermeras mantienen buenas relaciones laborales	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
P31_D5	21. El ejercicio profesional entre enfermeras y médicos está basado en una colaboración apropiada	Completamente en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		De acuerdo	3
		Completamente de acuerdo	4
EVE_REPORTADOS	En los últimos 12 meses, ¿cuántos eventos relacionados con la seguridad del paciente ha reportado usted?	0 eventos	1
		1 a 2 eventos	2
		3 a 5 eventos	3
		6 a 9 eventos	4
		10 a más eventos	5
CALIF_SEGU_PACIT	¿Cómo calificaría usted la seguridad del paciente en su servicio/unidad de trabajo?	Mala	1
		Regular	2
		Buena	3
		Muy buena	4
		Excelente	5
CONTACTO CON EL PX.	En su puesto de trabajo, ¿típicamente tiene usted interacción o contacto directo con los pacientes?	SI	1
		NO	2
P1_D1	1. En este servicio/unidad, trabajamos en equipo de manera eficiente.	Muy en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	4
		Muy de acuerdo	5
P2_D1	2. Cuando hay mucho trabajo, el personal en	Muy en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2

	este servicio/unidad se ayuda mutuamente.	Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	4
		Muy de acuerdo	5
P3_D1	3. Hay problemas con el comportamiento irrespetuoso de quienes trabajan en este servicio/unidad.	Muy en desacuerdo	5
		En desacuerdo	4
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	2
		Muy de acuerdo	1
P4_D2	4. En este servicio/unidad, contamos con suficiente personal para hacer todo el trabajo.	Muy en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	4
		Muy de acuerdo	5
P5_D2	5. El personal en este servicio/unidad trabaja más horas de lo que es mejor para el cuidado del paciente.	Muy en desacuerdo	5
		En desacuerdo	4
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	2
		Muy de acuerdo	1
P6_D2	6. Este servicio/unidad depende demasiado del personal temporal, reemplazo o reten.	Muy en desacuerdo	5
		En desacuerdo	4
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	2
		Muy de acuerdo	1
P7_D2	7. El ritmo de trabajo en este servicio/unidad es tan acelerado que impacta negativamente en la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	5
		En desacuerdo	4
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	2
		Muy de acuerdo	1
P8_D3	8. Este servicio/unidad revisa periódicamente los procesos de trabajo para determinar si se necesita hacer cambios para mejorar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	4
		Muy de acuerdo	5
P9_D3	9. En este servicio/unidad, los cambios para mejorar la	Muy en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2

	seguridad de los pacientes se evalúan para ver qué tan efectivos fueron.	Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	4
		Muy de acuerdo	5
P10_D3	10. Este servicio/unidad permite que los mismos problemas de seguridad del paciente sigan ocurriendo.	Muy en desacuerdo	5
		En desacuerdo	4
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	2
		Muy de acuerdo	1
P11_D4	11. En este servicio/unidad, el personal siente que sus errores son considerados en su contra.	Muy en desacuerdo	5
		En desacuerdo	4
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	2
		Muy de acuerdo	1
P12_D4	12. Cuando se reporta un incidente en este servicio/unidad, se siente que la persona está siendo reportada y no el problema.	Muy en desacuerdo	5
		En desacuerdo	4
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	2
		Muy de acuerdo	1
P13_D4	13. Cuando el personal comete errores, este servicio/unidad se enfoca en aprender en vez de buscar quién tiene la culpa.	Muy en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	4
		Muy de acuerdo	5
P14_D4	14. En este servicio/unidad, falta apoyo para el personal involucrado en los errores de seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	5
		En desacuerdo	4
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	2
		Muy de acuerdo	1
P15_D5	1. Mi supervisora o jefes inmediatos consideran seriamente las sugerencias del personal para mejorar la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	4
		Muy de acuerdo	5
P16_D5	2. Mi supervisora o jefes inmediatos quieren que trabajemos más rápido	Muy en desacuerdo	5
		En desacuerdo	4

	durante las horas de más trabajo, incluso si esto significa no seguir los procedimientos adecuadamente, lo cual podría poner en riesgo la seguridad del paciente.	Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	2
		Muy de acuerdo	1
P17_D5	3. Mi supervisora o jefes inmediatos toman medidas para solucionar problemas que le han sido comunicados respecto a la seguridad del paciente.	Muy en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	4
		Muy de acuerdo	5
P18_D6	1. Se nos informa sobre los errores que se cometen en este servicio/unidad.	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		La mayoría del tiempo	4
		Siempre	5
P19_D6	2. Cuando se cometen errores en este servicio/unidad, hablamos sobre las formas para evitar que vuelvan a ocurrir.	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		La mayoría del tiempo	4
		Siempre	5
P20_D6	3. En este servicio/unidad, se nos informa sobre los cambios que se hacen basados en reportes de eventos.	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		La mayoría del tiempo	4
		Siempre	5
P21_D7	4. En este servicio/unidad, el personal dice si ve algo que podría afectar negativamente el cuidado del paciente.	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		La mayoría del tiempo	4
		Siempre	5
P22_D7	5. Cuando el personal en este servicio/unidad ve a alguien con mayor autoridad haciendo algo que no es seguro para los pacientes, lo dice.	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		La mayoría del tiempo	4
		Siempre	5
P23_D7	6. Cuando el personal de este servicio/unidad habla, las personas que tienen más autoridad escuchan sus preocupaciones sobre la seguridad del paciente.	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		La mayoría del tiempo	4
		Siempre	5
P24_D7	7. En este servicio/unidad, el personal tiene miedo de hacer preguntas cuando	Nunca	5
		Rara vez	4
		Algunas veces	3

	algo no parece estar bien.	La mayoría del tiempo	2
		Siempre	1
P25_D8	8. Cuando se descubre un error y se corrige antes de que afecte al paciente, ¿con qué frecuencia se reporta?	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		La mayoría del tiempo	4
		Siempre	5
P26_D8	9. Cuando un error afecta al paciente y pudo haberle causado daño, pero no fue así, ¿con qué frecuencia se reporta?	Nunca	1
		Rara vez	2
		Algunas veces	3
		La mayoría del tiempo	4
		Siempre	5
P27_D9	1. Las acciones de la administración de este establecimiento de salud muestran que la seguridad del paciente es la prioridad principal.	Muy en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	4
		Muy de acuerdo	5
P28_D9	2. La administración de este establecimiento de salud proporciona recursos adecuados para mejorar la seguridad del paciente	Muy en desacuerdo	1
		En desacuerdo	2
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	4
		Muy de acuerdo	5
P29_D9	3. La administración de este establecimiento de salud parece interesada en la seguridad del paciente solo después de que ocurre un evento adverso.	Muy en desacuerdo	5
		En desacuerdo	4
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	2
		Muy de acuerdo	1
P30_D10	4. Al transferir a pacientes de una unidad a otra, con frecuencia se omite información importante.	Muy en desacuerdo	5
		En desacuerdo	4
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	2
		Muy de acuerdo	1
P31_D10	5. Durante los cambios de turno, con frecuencia se pierde información importante sobre el cuidado del paciente.	Muy en desacuerdo	5
		En desacuerdo	4
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	2
		Muy de acuerdo	1
P32_D10		Muy en desacuerdo	1

	6. Durante los cambios de turno, hay tiempo suficiente para intercambiar toda la información clave sobre el cuidado del paciente.	En desacuerdo	2
		Ni de acuerdo ni es desacuerdo	3
		De acuerdo	4
		Muy de acuerdo	5

ANEXO 8: DATOS DEMOGRÁFICOS

Características Generales		Total	
		N	%
Sexo	Femenino	77	91
	Masculino	8	9
Edad	Menor de 25	3	4
	25- 34	37	44
	35-44	25	29
	45-54	14	16
	55-64	4	5
	Mas de 64	2	2
Centro de labores	Hospital	65	76
	Clinica	18	21
	Hospital-FFAA	2	2
Tiempo de servicio	Menos de 1 año	17	20
	1-4 años	25	29
	5-9 años	18	21
	10-14 años	11	13
	15 a más años	14	16
Area en la que labora	Centro Quirurgico	34	40
	Emergencia	19	22
	Unidad de Cuidados Intensivos	32	38
Horas de trabajo por semana	Menos de 20 horas	8	9
	20-29 horas	12	14
	30-39 horas	41	48
	40 a más horas	24	28
Percepción de la seguridad del paciente en su servicio	Mala	6	7
	Regular	26	31
	Buena	28	33
	Muy buena	22	26
	Excelente	3	4

Fuente: Elaboración propia.